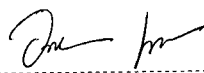


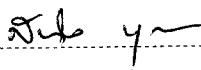
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในการบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาศิการทหารบก
ชื่อและนามสกุล พันโทหญิงจุฑารัตน์ มั่นดี
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
2. อาจารย์พันโทหญิงแพทย์หญิงชนพร กลิ่นอ่อน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว



ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)



กรรมการ

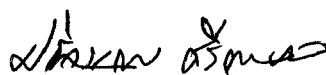
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)



กรรมการ

(อาจารย์พันโทหญิงแพทย์หญิงชนพร กลิ่นอ่อน)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริวรรณ ศรีพหล)

วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในการบริการสุขภาพ

ระดับปริญญามหาบัณฑิตของสถานพยาบาล สังกัดกรมพลศึกษาทหารบก

ผู้วิจัย พันโทหญิงจุฑารัตน์ มั่นดี **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล).

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) อาจารย์พันโทหญิงแพทย์หญิงธนพร กลิ่นอ่อน **ปีการศึกษา** 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในสถานพยาบาลสังกัดกรมพลศึกษาทหารบก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนกันยายน 2550 การดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการพัฒนาระบบ โดยการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ และการสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการเพื่อออกแบบระบบการบริการ และระยะการดำเนินงาน เป็นการทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น 5 เดือน ทำการประเมินผลภายหลังจากดำเนินการจากข้อมูลสุขภาพและการสนทนากลุ่มของผู้ใช้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยในระยะเวลาพัฒนาระบบ พบว่า ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงประกอบด้วย 6 ระบบย่อยที่สำคัญคือ (1) ระบบการคัดกรองสุขภาพ (2) ระบบข้อมูล (3) ระบบการรักษาและการติดตามเพื่อเข้ารับการรักษา (4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน (5) ระบบการประเมินผลการรักษา และ (6) ระบบส่งต่อผู้ป่วย

ผลการวิจัยในระยะเวลาดำเนินงานในระบบใหม่ พบว่า (1) ปริมาณผู้ใช้บริการที่แพทย์งดยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.22 เป็นร้อยละ 5.11 (2) ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงบรรลุเป้าหมาย (ระดับ LDL-C \leq 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ลดลงจากร้อยละ 55.81 เป็นร้อยละ 34.66 (3) ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาหลังการคัดกรองเพิ่มจากร้อยละ 48.00 เป็นร้อยละ 91.52 (4) ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงใช้บริการต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.71 เป็นร้อยละ 37.87 (5) อัตราครอบคลุมนการตรวจคัดกรองปี 2550 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.93 เป็นร้อยละ 88.75 (6) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีความพึงพอใจต่อระบบบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความสะดวกต่อการใช้บริการ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ คุณภาพการบริการที่ได้รับ ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ ทัศนคติ ความสนใจของผู้ให้บริการ และ ระยะเวลาการให้บริการ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการจัดการบริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะกลุ่มช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระบบบริการสูงขึ้น

คำสำคัญ ระบบการดูแล ภาวะไขมันในเลือดสูง สถานบริการปริญญามหาบัณฑิต

๑

Thesis title: A Development of Caring System for Hyperlipidemia at Primary Medical Care Services under the Quartermaster Department
Researcher: Col.Lt. Jutharatana Mandee; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; (2) Dr.Thanaporn Klinon, Medical Doctor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The objective of this research was to develop a caring system for hyperlipidemia clients at primary medical care services under the Quartermaster Department.

This study was divided into 2 phases: a system developing phase and a new model implementation phase. First, the system was developed as follows. (a) Literature was reviewed. (b) In-depth interview was done, and the stakeholder such as the chief executive, clients and care providers were subjects. Finally, (c) Focus group was conducted, and care providers were informants. Then data was used for designing the new system. Second, the new system was implemented for 5 months. Health records and the results of the focus group interview conducted only with the clients were used for evaluating the new system after implementation. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The results of the developing phase showed that caring system of hyperlipidemia clients consisted of six sub-systems: (1) a screening system, (2) an information system, (3) a treatment and follow-up system, (4) a health promotion in the workplace system, (5) an evaluation the treatment system, and (6) a referral system.

The results of the implement phase were compared with the health statistics during 2006-2007, and they revealed as follows. (1) The percentage of clients who can quit medication increased from 4.22% to 5.11 %. (2) The percentage of clients whose LDL-C was lower than 130 mg/dl decreased from 55.81 to 34.66. (3) The percentage of early diagnosis hyperlipidemia clients who sought treatment increased from 48% to 91.52%. (4) The percentage of the clients who regularly attended their appointments increased from 19.71% to 37.87%. (5) The coverage of the health screening increased from 84.93% to 88.75%. Finally, (6) Clients rated that they were satisfied with the services at the high level in terms of convenience, place, equipment, quality of services, costs, caring behavior of providers, and time used. The results suggested that the new caring system which was designed for specific health problems led to the effectiveness of services and the satisfaction of the clients.

Keywords: Caring system, Hyperlipidemia clients, Primary care service

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ โดยได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมอาจารย์พันโทแพทย์หญิงชนพร กลิ่นอ่อน แพทย์กรมพลาธิการทหารบก ที่กรุณาให้เวลา ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนผลักดันให้เกิดการวิจัยที่มีประโยชน์ต่อกรมพลาธิการทหารบก ตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัยจนกระทั่งเสร็จสิ้นการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ใช้บริการของกรมพลาธิการทหารบก ทุกท่านที่ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการใช้บริการ ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนางานปัจจุบันให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมอย่างแท้จริง ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนเป็นบางส่วนในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนเป็นแหล่งความรู้ที่มีคุณค่าในการพัฒนาบุคลากรที่สำคัญในปัจจุบัน

ขอกราบขอบพระคุณเจ้ากรมพลาธิการทหารบกพลตรีทวี แจ่มจำรัส ที่ให้การสนับสนุน และพัฒนาการดำเนินงานของแผนกพยาบาลด้วยดีตลอดมา และท้ายสุดนี้ขอขอบคุณผู้ซึ่งเป็นที่รัก สำหรับการเสียสละเวลา และพลังใจที่ให้อย่างสม่ำเสมอตลอดมา

พันโทหญิงจุฑารัตน์ มั่นดี

มกราคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ภาวะไขมันในเลือดสูง	10
ระบบการบริการปฐมภูมิ	23
การวิจัยและพัฒนา	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	49
ระยะการดำเนินงาน ทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	60
ผลในระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	60
ผลการศึกษาในระยะการดำเนินงานทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินผล ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีไขมันในเลือดสูงในระบบใหม่	80
ผลการประเมินรูปแบบของระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีไขมันในเลือดสูง	83

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
สรุปการวิจัย	85
อภิปรายผล	88
ข้อเสนอแนะ	94
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	104
ก เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	106
ข ข้อมูลตรวจสอบสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2546-2549	108
ค แผนดำเนินงานกิจกรรม	110
ประวัติผู้วิจัย	112

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	เกณฑ์การตัดสินภาวะผิปกคคิของระดับไขมันในเลือด 13
ตารางที่ 4.1	ผลการวิเคราะห์ SWOT Matrix 71
ตารางที่ 4.2	องค์ประกอบของรูปแบบสถานบริการสุขภาพของกรมพลาริการทหารบก 72
ตารางที่ 4.3	ระบบการดูแลผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงเปรียบเทียบระหว่าง ระบบเดิมกับระบบใหม่ 72
ตารางที่ 4.4	ปริมาณผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง เปรียบเทียบปีพ.ศ. 2549-2550 80
ตารางที่ 4.5	ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่เข้ารับการรักษาหลังจากการ ตรวจคัดกรองเปรียบเทียบระหว่างระบบเดิมกับระบบใหม่ 81
ตารางที่ 4.6	ความร่วมมือในการรักษาของผู้ใช้บริการของกองการผลิผลิตสิ่งอุปกรณั เปรียบเทียบระบบเดิมกับระบบใหม่ 82
ตารางที่ 4.7	ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทยังคยาและปริมาณ ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่บรรลุป่าหมายเปรียบเทียบระหว่าง ระบบเดิมกับระบบใหม่ 83

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 3.1 สรุปการดำเนินงานขั้นตอนการวิจัย.....	59
ภาพที่ 4.1 ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเบื้องต้น.....	76
ภาพที่ 4.2 ระบบการคัดกรองสุขภาพของสถานพยาบาลในระบบใหม่ประกอบด้วย กระบวนการดำเนินงานการปฏิบัติ 7 ขั้นตอน.....	77
ภาพที่ 4.3 ระบบการรักษาและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระบบข้อมูลและระบบการส่งเสริมสุขภาพ.....	79

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาวะการณปัจจุบันความสูญเสียจากความเจ็บป่วยในคนไทยเปลี่ยนแปลงจากการเป็นโรคติดเชื้อไปสู่การเป็นโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุสูงขึ้น ความสูญเสียเหล่านี้เกิดจากปัจจัยร่วมกันหลายประการ ได้แก่ โครงสร้างประชากร การย้ายถิ่น กระบวนการพัฒนาอุตสาหกรรม (Industrialization) และการเป็นเมือง (Urbanization) ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักสำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยม (Value) วิถีชีวิต (Lifestyles) รูปแบบการประกอบอาชีพและพฤติกรรม การบริโภคทำให้เกิดการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญอันเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพทั่วโลก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย

จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2548 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งทั่วโลกคิดเป็นจำนวนสูงถึงร้อยละ 30 ของสาเหตุการตายทั้งหมด หรือเท่ากับจำนวน 17.5 ล้านคนทั่วโลก โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ บริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ อีกทั้งในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกปี ประมาณกว่าปีละ 20 ล้านคน จะต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ และได้รับยาเพื่อควบคุมอาการไปตลอดชีวิต จึงต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมาก (WHO, 2006; WHO, 2007)

สำหรับในประเทศไทยพบว่าสถานการณ์มีความใกล้เคียงกับสถิติทั่วโลก กล่าวคืออัตราการตายจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด สูงเป็นอันดับหนึ่งในสามมาตลอด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2549) ถึงจำนวนการตายด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดพบว่า ในปี 2547 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นจำนวนถึง 39,554 คน และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 36,771 คนในปี 2548 รวมทั้งยังพบว่า

อายุเฉลี่ยคนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจ ตั้งแต่อายุน้อยพบมากขึ้น สาเหตุหลักของโรคหัวใจ และหลอดเลือด ขณะนี้กว่าร้อยละ 80 เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุหลักมาจาก โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การไม่ออกกำลังกาย กินผักผลไม้ น้อย และสูบบุหรี่ ซึ่งผลสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปทั่วประเทศในปี 2547 พบว่าคนไทยมากกว่า 39 ล้านคน กินผัก และผลไม้ต่ำกว่ามาตรฐานสากล นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 11 ล้านคน ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมากกว่า 10 ล้านคน และยังมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่รู้มาก่อนถึงร้อยละ 70 ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้น (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญรัตนพันธ์ 2549)

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ระหว่าง พ.ศ. 2546-2547 พบว่าประชากรไทยมีความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงตั้งแต่วัยกลางคนจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับในเขตกรุงเทพมหานครหรือในเขตเมืองพบว่ามีความชุกของไขมันในเลือดสูงที่สุดทั้งหญิง และชาย ในประชากรวัยแรงงาน และวัยสูงอายุ (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญรัตนพันธ์ 2549) และจากการสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด พบว่าประชากรไทยมีปัจจัยเสี่ยงสูงทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท โดยภาวะไขมันในเลือดสูงนับเป็นภาวะเสี่ยงสำคัญ (InterAsia Collaborative Group, 2003)

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคเรื้อรังหลายโรคโดยเฉพาะโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (วีรพันธ์ โขวิฑูรกิจ 2548: 179) โรคในกลุ่มนี้ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และทั่วโลกอันเนื่องมาจากทำให้เกิดการป่วยเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในวัยทำงาน และวัยสูงอายุ อันเป็นภาระอันใหญ่หลวงด้านงบประมาณของประเทศ ในการดูแลรักษาทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

โรคเรื้อรังเป็นสถานการณ์ด้านสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง และเป็นภาระที่ผู้พัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลกต้องให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญโดยกำหนดเป็นนโยบาย และจัดทำรูปแบบบริการแบบต่อเนื่องครบวงจรตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้มีการปรับกิจกรรมหลายประการเพื่อให้ระบบการดูแลรักษาในประเทศไทยหันมาให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครบวงจรมากขึ้น

การปฏิรูประบบสุขภาพภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการจัดระบบบริการสุขภาพ และเกิดผลการปฏิบัติที่ชัดเจนคือ การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นแกนหลักของระบบบริการสาธารณสุข และเป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน ที่สำคัญคือการเพิ่มบทบาท และพัฒนาศักยภาพของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นบริการด่านแรกที่ต้องให้การบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง มีความเป็นองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร 2544)

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีการขยายตัวอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำในการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยการพัฒนาสถานอนามัยทั่วประเทศ และจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สาธารณสุขในเขตเมือง รวมทั้งจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน และจัดชุดบริการสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ตามความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ มีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริการระดับปฐมภูมิในทุกภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละภูมิภาค นอกจากนี้หน่วยงานที่ให้การบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชนต่างให้ความสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบการบริการเพื่อให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากที่สุด เช่นเดียวกัน

กระทรวงกลาโหมให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพกำลังพลทุกเหล่าทัพ และจัดให้มีบริการสุขภาพแก่กำลังพล และประชาชนทั่วไปตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีการพัฒนา และปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนโยบายดังกล่าวเช่นกัน สถานพยาบาลกรมพลาธิการทหารบก สังกัด กระทรวงกลาโหมเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้บริการในลักษณะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ด้าน การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ แก่ข้าราชการในสังกัด ครอบครัว และพลเรือนทั่วไป มีแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลประจำช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความสะดวกในการเข้าถึงบริการมากที่สุด และได้ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยแก่ผู้ใช้บริการ โดยมีสวัสดิการด้านการคัดกรองสุขภาพแก่กำลังพลประจำปี เพื่อค้นหาโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้รับการรักษาทันทีตั้งแต่ในระยะแรก รวมทั้งให้บริการการดูแลเจ็บป่วยเรื้อรังให้ดำรงสุขภาพะมากที่สุด

จากผลการตรวจสุขภาพกำลังพลผู้ปฏิบัติงานของกรมพลาธิการทหารบก ประจำปี 2547-2549 พบว่ากำลังพลเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดสูง เป็น

ปัญหาสุขภาพที่มีอุบัติการณ์สูง โดยพบว่า ค่าลึงพลมีระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวมสูงในเลือดเกินเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 76.30 , 63.45, 70.63 ตามลำดับ และผลการดำเนินงานการตรวจสุขภาพประจำปีของ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลกที่ดำเนินการให้กับผู้ใช้บริการจำนวน 1,412 ราย พบภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นความผิดปกติอันดับแรกเช่นกัน โดยพบสูงถึงร้อยละ 66.78 (มรุส เพ็ชรดี และลฎาภา อุตสม 2549) จึงกล่าวได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญจำเป็นต้องทำการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันไม่ให้ค่าลึงพลเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพในปัจจุบัน

นอกจากนี้การสำรวจบัตรบันทึกประวัติของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาลกรมพลาธิการทหารบก ในปีที่ผ่านมาโดยผู้วิจัย พบว่า ค่าลึงพลที่พบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ เข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 48 ขาดการรักษาถึงร้อยละ 52 และในจำนวนผู้มารับการรักษายังพบว่ามารับการรักษาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 80.28 ผู้มารับการรักษาจนภาวะระดับไขมันในเลือดสูงดีขึ้นจนสามารถงดยาได้เพียงร้อยละ 4.22 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานพยาบาลขาดระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเฉพาะกลุ่ม ขณะที่การให้บริการผู้มีปัญหาไขมันในเลือดสูงต้องการระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการรักษาให้ได้ผลจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย โดยการควบคุมอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โคเลสเตอรอลสูง คาร์โบไฮเดรตมากเกินไป และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าการบริการดังกล่าว จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพค่าลึงพลกรมพลาธิการทหารบก ปีพ.ศ. 2549 จำนวน 2,620 คน พบว่า มีค่าลึงพลไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเบา ๆ ที่ไม่มีผลต่อการสร้างสมรรถภาพหัวใจร้อยละ 50.96 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.59 และสูบบุหรี่ร้อยละ 18.76 คัดขนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 27.73 อ้วนร้อยละ 6.34 (กรมแพทย์ทหารบก 2549)

เหตุผลดังกล่าวมาแล้วจึงเป็นเหตุผลสำคัญในการที่ผู้วิจัยต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ของสถานพยาบาลกรมพลาธิการทหารบก เพื่อให้ได้ระบบที่ตรงกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แต่การควบคุมระดับไขมันในเลือดของผู้ใช้บริการให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการให้ความร่วมมือของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการมีระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความครอบคลุมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการ และความยั่งยืนของระบบจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้บริหาร โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อลดจำนวนผู้ป่วย และความรุนแรงของโรค ตลอดจนป้องกันปัญหาความพิการ และโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สนองตอบต่อนโยบายของกองทัพบกที่ต้องการให้ค่าลึงพลของกองทัพมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เกิดขึ้น สนองตอบต่อนโยบายของกองทัพบกที่ต้องการให้กำลังพลของกองทัพมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีแนวทางการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ตอบสนอง ผู้ใช้บริการ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

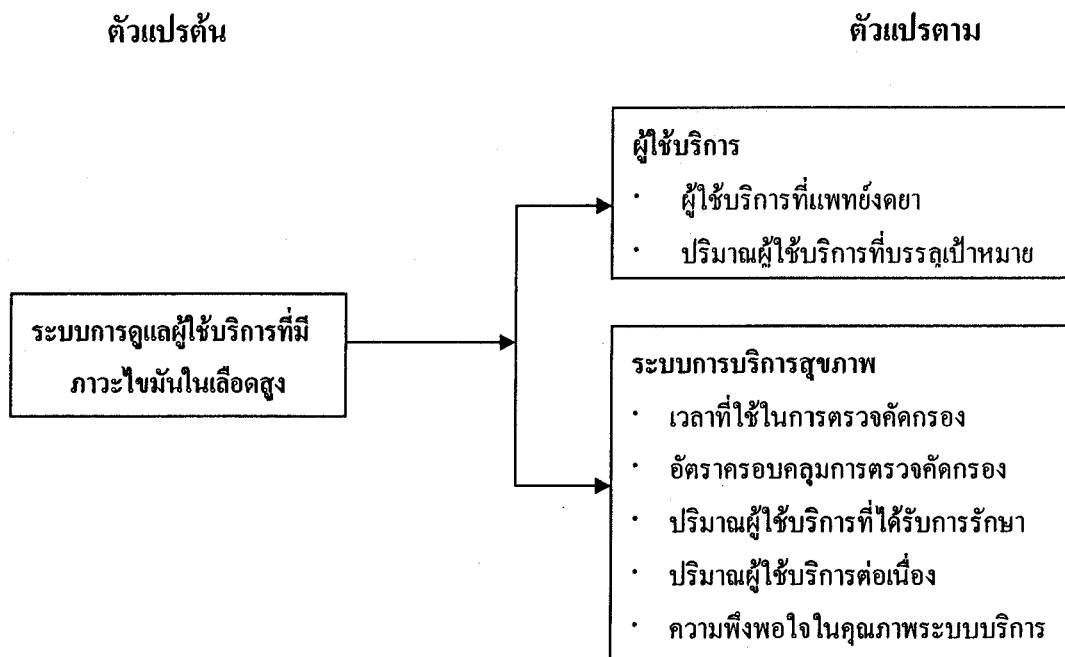
2. คำถามการวิจัย

ระบบการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับสถานพยาบาล สังกัด กรมพลธิการทหารบกควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลธิการทหารบก

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการจัดระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในกลุ่มผู้ใช้บริการซึ่งเป็นลูกจ้างประจำของ กองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ กรมพลาธิการทหารบก ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2549 ถึง เดือนสิงหาคม 2550

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) หมายถึง ภาวะที่ตรวจเลือดโดยการอดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 12 ชั่วโมง พบระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร และ/หรือ ระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) มากกว่า 130 มิลลิกรัม / เดซิลิตรและ/หรือ ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG) มากกว่า 150 มิลลิกรัม / เดซิลิตร

6.2 ผู้ใช้บริการ หมายถึง ลูกจ้างประจำ ของกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ สังกัดกรมพลาธิการทหารบก ที่ได้รับสวัสดิการรักษายาจากสถานพยาบาล กรมพลาธิการทหารบก

6.3 ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับสถานพยาบาลกรมพลาธิการ หมายถึง ระบบการดำเนินงานในส่วนต่าง ๆ ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย ระบบการคัดกรอง ระบบข้อมูล ระบบการรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน ระบบการประเมินผลการรักษา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

6.3.1 ระบบการคัดกรอง หมายถึง ระบบบริการตรวจสุขภาพประจำปีของกำลังพลที่มีสวัสดิการรักษายา โดยทำการตรวจประเมินภาวะสุขภาพปีละหนึ่งครั้ง ได้แก่

- 1) การตรวจร่างกายโดยแพทย์
- 2) การชั่งน้ำหนัก และการวัดส่วนสูง เพื่อกำหนดค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิต การวัดสายตา และการเอกซเรย์ปอด
- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการแบ่งเป็น 2 โปรแกรมคือ
 - โปรแกรมที่ 1 ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ได้แก่ การตรวจเม็ดเลือด และปัสสาวะ

โปรแกรมที่ 2 ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้แก่ การตรวจเม็ดเลือด การตรวจปัสสาวะ และการตรวจเลือดทางชีวเคมี ได้แก่ การตรวจกลุ่มไขมันในเลือด การตรวจหาน้ำตาล การทำงานของตับ ไต การตรวจกรดยูริก

6.3.2 ระบบข้อมูล หมายถึง การบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ รายชื่อ ระดับไขมันในเลือด หน่วยงาน วัน เดือน ปี เวลาที่แพทย์นัด เพื่อเป็นกลไกการตรวจสอบการขาดนัด และติดตามนัดโดย

- 1) จัดทำสมุดบันทึกการนัดหมาย
- 2) จัดเก็บข้อมูลผลการตรวจโรคของกำลังพลบันทึกลงในระบบ

คอมพิวเตอร์ของส่วนเวชระเบียน

- 3) มอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่เฉพาะในการบันทึกข้อมูล

6.3.3 ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง การดำเนินการในระบบการรักษาพยาบาล และการดำเนินการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง คือ

1) ระบบการรักษาพยาบาล ได้แก่ การรักษาผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยยาควบคู่กับการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต และการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องใช้ยา

2) การติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การดำเนินการติดตามผู้ใช้บริการให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดย

- (1) ใช้ข้อมูลการนัดหมายจากระบบข้อมูล
- (2) มอบหมายเจ้าหน้าที่ส่วนเวชระเบียนเป็นผู้โทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ใช้บริการก่อนวันนัดหมาย 1 วัน
- (3) คั่นบัตรผู้ใช้บริการล่วงหน้า 1 วัน ผู้ที่มาตามนัดไม่ต้องเสียเวลารอคอยบัตรบันทึก

(4) จัดทำระบบตรวจสอบผู้ใช้บริการที่ไม่มาตรวจตามนัด และตรวจสอบรายชื่อผู้ไม่มาตรวจตามนัด

(5) โทรศัพท์สอบถามเพื่อประเมินสาเหตุของการขาดนัด พร้อมบันทึกสาเหตุของการขาดนัดไว้ในเวชระเบียน และแจ้งวันนัดหมายใหม่แก่ผู้ใช้บริการ

6.3.4 ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน หมายถึง การทำให้ผู้ใช้บริการในหน่วยงานมีความสามารถในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ได้แก่

1) การให้ความรู้รายบุคคลที่สถานพยาบาล โดยแพทย์ในระหว่างการรักษา และโดยพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในขณะรอรับการรักษา

2) การให้ความรู้รายกลุ่มในหน่วยงาน โดย พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ สอนหากกลุ่มให้แก่ผู้ใช้บริการที่พบว่ามีความไขว้เขวในเลือดสูงจากการคัดกรองสุขภาพ และแพทย์ พิจารณาให้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

3) การเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ใช้บริการ โดยลงบทความในวารสารประจำ หน่วยงาน ให้ความรู้โดยเสียงตามสาย และการจัดกิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมการควบคุมไขมันในเลือด

4) การจัดการให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันใน เลือดสูง แก่ผู้ใช้บริการในห้องประชุมโดยการเชิญวิทยากรผู้มีความเชี่ยวชาญมาบรรยาย

6.3.5 ระบบการประเมินผลการรักษา หมายถึง การประเมินผลการบริการใน ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการรักษาโดย

- 1) ตรวจสอบระดับไขมันในเลือดเพื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจในครั้งก่อน
- 2) การสอบถาม และให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการในขณะที่มารับการรักษาใน ด้านความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

6.3.6 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การส่งผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือต้องได้รับการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ

6.4 ผู้ใช้บริการที่แพทย์งดยา หมายถึง ผู้ใช้บริการที่แพทย์ให้หยุดรับประทานยา เนื่องจากสามารถควบคุมไขมันในเลือดได้ โดยใช้ ระดับของ โคลเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม / เดซิลิตรเป็นเกณฑ์การบรรลุ เป้าหมาย

6.5 ปริมาณผู้ใช้บริการที่บรรลุเป้าหมาย หมายถึง ปริมาณร้อยละของผู้ใช้บริการที่มี ภาวะไขมันในเลือดสูง มีระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม / เดซิลิตรต่อจำนวนผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือด สูงทั้งหมดที่มาใช้บริการ

6.6 อัตราครอบคลุมนการตรวจคัดกรอง หมายถึง ปริมาณร้อยละของผู้ใช้บริการที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองต่อจำนวนผู้ใช้บริการที่เป็นลูกจ้างประจำทั้งหมดของกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ สังกัด กรมพลาธิการทหารบก

6.7 ปริมาณผู้ใช้บริการที่ได้รับการรักษา หมายถึง จำนวนผู้ใช้บริการที่เข้ารับการตรวจ คัดกรองสุขภาพพบว่ามีความไขว้เขวในเลือดสูง และได้รับการรักษาตามที่สถานพยาบาลนัด

6.8 ปริมาณผู้ใช้บริการต่อเนื่อง หมายถึง จำนวนผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มารับการรักษาตามที่แพทย์นัดมากกว่าหรือเท่ากับสองครั้งภายในระยะเวลา 4 เดือน

6.9 ความพึงพอใจในคุณภาพระบบบริการ หมายถึง คำพูดหรือคำบอกเล่าของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความรู้สึกพอใจหรือชอบต่อบริการที่ได้รับใน ด้านความสะดวกสบาย และการเข้ารับบริการ ด้านคุณภาพการบริการที่ได้รับ ด้านค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ ด้านอรรถาศัย ความสนใจของเจ้าหน้าที่ และด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้ระบบการดูแลผู้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบกที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท

7.2 มีมาตรฐานการปฏิบัติงานในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติที่มีประสิทธิผล

7.3 ทำให้สถานพยาบาลได้พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเกิดการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลศึกษาทหารบก ผู้วิจัยได้วางกรอบแนวคิดจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.1 แนวทางการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 1.2 แนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะระดับไขมันในเลือดสูง
 - 1.3 แนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง
2. ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 2.1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพ
 - 2.2 การตรวจคัดกรองสุขภาพ
3. การวิจัยและพัฒนา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับของไขมันในเลือดสูงขึ้นกว่าเกณฑ์ปกติ (โคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอลมากกว่า 155 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 170 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ระดับไขมันที่ผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงส่วนรอบ และโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไขมันที่ล้นเกินจะไปพอกเป็นตะกรันอยู่ในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเสียความยืดหยุ่น การเกิดตะกรันของไขมันในเลือดจะทำให้รูของหลอดเลือดแคบลงทำให้อวัยวะที่ไวต่อการขาดเลือดเช่น หัวใจทำงานได้ไม่เต็มที่เกิดอาการปวดแน่นหน้าอก (Angina pectoris) เป็นผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (arthrosclerosis) ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (วีรพันธ์ โขวิฑูรกิจ 2548: 179)

ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดผลต่อร่างกายดังนี้

1.1 Premature coronary artery disease ได้แก่ สภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันก่อนอายุ 50 ปีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม homozygous familial hypercholesterolemia จะมีโคเลสเตอรอลสูงแต่ไตรกลีเซอไรด์ปกติ

1.2 Peripheral vascular disease มี atheroma ของเส้นเลือดส่วนปลายทำให้เกิดแฉกขลุ่ยหรือการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลายทำให้มีอาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นพักๆ (intermittent claudication) หรือเกิดอาการปวดอันเนื่องมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลาย อาการเหล่านี้มักพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานร่วมด้วย

1.3 Xanthelasma เกิดจากการสะสมไขมันบริเวณรอบตา (periorbital region) จะมีลักษณะตุ่มหรือปื้นเป็นวงเล็กๆ ในบริเวณดังกล่าว โดยเฉพาะเปลือกตาบนหัวตา

1.4 Xanthomata เกิดจากการมีไขมันเกาะสะสมที่ผิวหนังหรือเอ็น (tendon xanthomata) บริเวณที่พบได้แก่ หลังมือข้อศอก ข้อเข่า หลังเท้า และเอ็นร้อยหวายสภาพผิวหนังจะมีก้อนไขมัน หรือแผ่นนูนสีเหลืองขนาด 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป

1.5 Corneal arcus จะพบไขมันสะสมที่ตาว่ามีลักษณะเป็นแถบสีขาวที่ขอบนอกของตา คำแต่มีช่องว่างที่แยกชัดจากตาขาวมักพบในผู้สูงอายุที่มีไขมันปกติแต่ถ้าพบก่อนวัยชราเป็นการบ่งบอกว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็น

1.6 Fatty liver เกิดจากการที่มีไตรกลีเซอไรด์คั่งอยู่ในตับมาก จากการที่ตับสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับไขมันหรือกรดไขมันอิสระจากอาหารมากขึ้น

ไขมันเป็นสารอาหารที่มีคุณสมบัติละลายในสารอินทรีย์ไม่ละลายในน้ำให้พลังงานมากกว่าคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนสองเท่า ไขมันในเลือดประกอบด้วยโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ กรดไขมันอิสระและโฟลิปิด (วิชัย ดันไพจิตร ปรียา ลิพท์กุลและรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา 2540: 512; วินัส และคณะ 2545: 41) ชนิดของไขมันที่สำคัญต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้แก่

1.7 โคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol :TC) โคเลสเตอรอลเป็นสารไขมันจำเป็นอย่างหนึ่งที่มีอยู่ในร่างกาย ได้รับจากการรับประทานอาหารเช่น ไข่แดง ตับ ไขมันสัตว์ และร่างกายยังสามารถสังเคราะห์โคเลสเตอรอลได้เองจากเนื้อเยื่อของร่างกายโดยเฉพาะตับเป็นอวัยวะสำคัญที่สังเคราะห์ และควบคุมโคเลสเตอรอล โดยปกติเมื่อไขมันอยู่ในกระแสเลือดจะรวมกับโปรตีนที่เรียกว่าไลโปโปรตีน ไลโปโปรตีนที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งมากที่สุดได้แก่ LDL-C รองลงมา ได้แก่ ILDL และ VLDL และเมื่อใช้วิธีปั่นแยกด้วยแรงเหวี่ยงสูง (ultracentrifugation) จะสามารถแยกไลโปโปรตีนได้เป็น VLDL ILDL LDL-C และ HDL-C (จรินทร์ จันทระฉายะ 2538: 84) ดังนี้

1.7.1 ระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein cholesterol: LDL-C) LDL-C เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของVLDL ในกระแสเลือดทำหน้าที่นำโคเลสเตอรอลไปยังส่วนต่างๆของร่างกายถ้ามีมากจะเก็บไว้ในผนังเลือดทำให้เกิดการตีบตันจัดเป็นไขมันชนิดไม่ดี

1.7.2 ระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (Very low density lipoprotein cholesterol :VLDL) สร้างโดยตับ มีหน้าที่ลำเลียงไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นส่วนประกอบ 1 ใน 5 ส่วนของไตรกลีเซอไรด์ และถ้าร่างกายได้รับโคเลสเตอรอลต่ำจะสร้าง VLDL ขนาดเล็กซึ่งจะเปลี่ยนเป็น LDL-C ได้ เป็นการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์จากเนื้อเยื่อไขมันที่เก็บสะสมไว้โดยสังเคราะห์จากตับ และสามารถสังเคราะห์จากลำไส้เล็กได้อีก ทั้งนี้จะคล้ายกับโคโลไมครอนคือ สังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ และนำไตรกลีเซอไรด์ไปเผาผลาญเป็นพลังงาน

1.7.3 ระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นปานกลาง (Intermediate density lipoprotein cholesterol: IDL) เกิดจากการที่ VLDL ถูกย่อยโดยเอนไซม์ไลโปโปรตีนในกระแสเลือด และเปลี่ยนเป็น LDL-C

1.7.4 ระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein cholesterol :HDL-C) เป็นไขมันที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดย HDL-C เป็นไขมันที่ทำหน้าที่ขนส่งโคเลสเตอรอลจากเซลล์เนื้อเยื่อส่วนปลายกลับ ไปเผาผลาญที่ตับ และขับออกจากร่างกายทางน้ำดีได้ประมาณร้อยละ 20 และยังสามารถแข่งที่ LDL-C เพื่อไม่ให้เซลล์รับ LDL-C มากเกินไป ระดับ HDL-C ในเพศชายจะมีน้อยกว่าผู้หญิงร้อยละ 20 การสูบบุหรี่ดื่มกาแฟจะทำให้ระดับ HDL-C ลดลง ในขณะที่เดียวกันการออกกำลังกายจะสามารถเพิ่มระดับ HDL-C ให้สูงขึ้นได้

1.8 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride: TG) เป็นไขมันที่เกิดจากการรวมตัวของกรดไขมัน 3 โมเลกุลกับ 1 โมเลกุลของกลีเซอรอลยึดติดกันด้วยพันธะเอสเทอร์มีหน้าที่สำคัญในการเป็นส่วนประกอบของเยื่อเซลล์ และเป็นตัวสะสมไขมันในร่างกาย ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบ และเมตะบอลิซึมของ LDL-C เกิดเป็น small dense LDL-C ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า LDL-C

ข้อมูลทางระบาดวิทยาจำนวนมากในประชากรหลายเชื้อชาติทั้งชาย และหญิง แสดงให้เห็นว่าระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจากการศึกษาพบว่าหนึ่งในสามของโรคหลอดเลือดสมองตีบ และเกือบสองในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นผลมาจากระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงกว่าค่าปกติ 147

มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเพศชายที่มีระดับ โคลเลสเตอรอลมากกว่า 260 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีระดับ โคลเลสเตอรอลต่ำกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถึง 5 เท่า การควบคุมและลดระดับไขมันลงจะทำให้อัตราการเกิดโรค และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง (การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย 2549: 118)

1.9 แนวทางการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง ราชวิทยาลัยอายุแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ของ National Cholesterol Education Program (NCEP , 2001) แสดงตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การตัดสินภาวะผิดปกติของระดับไขมันในเลือด

มิลลิกรัม/เดซิลิตร	เหมาะสม	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม	ก้ำกึ่ง	สูง	สูงมาก
LDL-C	< 100	100-129	139 -159	160-189	□ 190
Total cholesterol	< 200			200-239	□ 240
Triglycerides	< 150		150-199	200-499	□ 500
HDL cholesterol	> 40		< 40	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	

ที่มา: Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute NIH the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III)

สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติแบ่งได้ 3 กลุ่มตามสาเหตุการเกิดดังนี้ (วีรพันธ์ ไชวิฑูรกิจ 2548: 183)

1.9.1 ไขมันผิดปกติในเลือดปฐมภูมิ เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมสาเหตุการเกิดไม่ทราบชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากพันธุกรรมที่มีความผิดปกติของการควบคุมการสังเคราะห์ และการเผาผลาญ ทำให้มีระดับ LDL-C ในเลือดสูงโดยเกิดจากความผิดปกติของยีนในการควบคุมการสร้างตัวรับ LDL-C ที่ตับ จำนวนตัวรับ LDL-C ลดลงทำให้โคเลสเตอรอลไรด์ และ LDL-C สูง โรคที่พบใน

กลุ่มนี้ได้แก่ โรค โคเลสเตอรอลในเลือดสูงจากยีนโรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูงในเครือญาติ โรคไขมันรวมกันเลือดสูงในเครือญาติ และโรคไขมันในเลือดสูงประเภท 3 ในเครือญาติ และการตรวจร่างกายพบวงสีขาวที่ขอบกระจกตาดำ ปื้นเหลืองที่เอ็น ปื้นเหลืองที่ตา

1.9.2 ไขมันผิดปกติในเลือดทุกชนิดเกิดจากโรคหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและสลาย lipoprotein ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุที่ LDL-C สูง ได้แก่ hypothyroidism cholestasis , nephrotic syndrome ยาบางชนิด ได้แก่ thiazide, progestogens, cyclosporine ส่วนสาเหตุที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคอ้วน การดื่มสุรา การตั้งครรภ์ การติดเชื้อ ภาวะเครียดและยาบางชนิด ได้แก่ glucocorticoids ยาขับปัสสาวะกลุ่ม thiazides, estrogen , betablockers และ HIV protease inhibitors สาเหตุที่ทำให้ HDL-C ในเลือดต่ำได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ยาบางชนิด ได้แก่ anabolic steroids, testosterone, progestogen และ betablockers

1.9.3 ไขมันในเลือดสูงจากอาหาร เกิดจากการรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือกรดไขมันอิ่มตัวมากเกินไป ได้แก่ ไขมันสัตว์ หนังสัตว์ ไข่กรอก ไข่แดง หอยนางรม กะทิ อาหารที่ทำให้เกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงได้แก่ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโตส และซูโครส และการดื่มสุรา

การที่จะทราบว่าใครบ้างมีภาวะไขมันในเลือดสูง และมีสาเหตุมาจากอะไรมีแนวทางการค้นหาสาเหตุ และวินิจฉัยได้ดังนี้

1) การซักประวัติ ประวัติในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูง โรคดังกล่าวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ โรคต่อมธัยรอยด์ ชนิดและปริมาณอาหาร พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติการใช้ยาชนิดต่าง ๆ

2) การตรวจร่างกาย พบลักษณะบ่งชี้ว่ามีระดับไขมันในเลือดผิดปกติได้แก่ มีแผ่นปื้นเหลืองที่ผิวหนัง เช่น ที่หน้าตา ข้อศอก ฝ่ามือ เอ็นร้อยหวายหนาขึ้น ขอบนอกรอบกระจกตามีเส้น ไค้กริ่งวงกลมหรือวงกลม เนื่องมาจากการเกาะของไขมันที่เนื้อเยื่อดังกล่าว

3) การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเจาะเลือดเพื่อตรวจดูระดับไขมัน อาจมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อความเหมาะสม ได้แก่ การทำงานของตับ การทำงานของต่อมธัยรอยด์ creatinine, urine protein

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง ใช้วิธีการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับไขมันในเลือด โดยตรวจระดับของ โคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ LDL-C และ HDL-C โดยมีขั้นตอนในการเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดดังนี้

- 1) งดอาหารประมาณ 9-12 ชั่วโมงโดยสามารถดื่มน้ำเปล่าได้
- 2) รับประทานอาหารดังเช่นที่รับประทานเป็นประจำเป็นระยะ 3 สัปดาห์ก่อนการเจาะเลือด

3) ผู้ที่ตั้งครรภ์ ผู้ที่ป่วยหนัก เช่น ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ควรตรวจหลังจากภาวะดังกล่าวหายไปแล้ว 12 สัปดาห์

นอกจากนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2546: 181) ได้ให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไปที่ไม่มีความเสี่ยงในเขตเมืองควรทำตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป ส่วนผู้ที่เป็ประชากรกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือดได้ทุกเมื่อ ทุกเพศ และทุกวัย ลักษณะของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้แก่ รายที่มีประวัติครอบครัวมีโคเลสเตอรอลสูงมาก มีญาติเสียชีวิตจากหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในอายุน้อย แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ชายอายุประมาณ 20 ปี และผู้หญิงอายุประมาณ 30 ปี ความเสี่ยงดังกล่าวคือ

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

2) ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดและหัวใจดังนี้

(1) อายุที่เพิ่มขึ้นในผู้ชายอายุตั้งแต่ 45 ปีหรือผู้หญิงตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป ผู้ชายมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงถึงสี่เท่าแต่เมื่ออายุ 65 ปีหญิงและชายมีโอกาสเสี่ยงเท่ากันทั้ง

(2) บุคคลที่มีประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 55 ในผู้ชายหรือก่อนอายุ 65 ปีในผู้หญิง

(3) สูบบุหรี่ มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจอัตราการตายเพิ่มขึ้นตามจำนวนสูบบุหรี่ในแต่ละวัน จำนวนปี การสูบบุหรี่เข้าไปในปอดและอายุที่เริ่มสูบบุหรี่

(4) ความดันโลหิตสูง มากกว่า 140/90 มม.ปรอท หรือรับประทานยารักษา ความดันโลหิตสูงอยู่ ด้วยเหตุผลว่าหลอดเลือดของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว

(5) โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน (BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป) โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อสูบน้ำเลือด ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆมากขึ้น

(6) โรคเบาหวาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น หลอดเลือดตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

(7) โรคไตที่เป็นกลุ่มอาการเนโฟรติก และไตวายเรื้อรัง

3) ผู้ที่ตรวจร่างกายพบลักษณะบ่งชี้ว่ามีระดับไขมันผิดปกติในเลือด ได้แก่ มีแผ่นปื้นเหลืองที่ผิวหนัง เช่น ที่หน้าตา ข้อศอก ฝ่ามือ เอ็นร้อยหวายหนาขึ้น ขอบนอกรอบกระจกตามีเส้นโค้งครึ่งวงกลมหรือวงกลม เนื่องมาจากการเกาะของไขมันที่เนื้อเยื่อดังกล่าว

1.10 แนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะระดับไขมันในเลือดสูง กำหนดเป็นกลยุทธ์ได้สองระดับได้แก่ กลยุทธ์ระดับประชากร และกลยุทธ์ระดับบุคคล (วิชัย ตันไพจิตร ปรียา ลิพพกุล และรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา 2540: 525)

1.10.1 กลยุทธ์ระดับประชากร การป้องกันก่อนการเกิดโรคได้แก่ การรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการเป็นรากฐานการป้องกันและบำบัดภาวะไขมันในเลือดสูง

(1) ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงของทอดหรือผัดที่ใช้ น้ำมันมากเปลี่ยนมาใช้วิธีการต้ม นึ่งแทน ลดไขมันในอาหารให้น้อยลง ไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน และเป็นไขมันไม่อิ่มตัวจากพืช มากกว่าไขมันสัตว์

(2) น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหารควรใช้น้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง และควรงดอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูง เช่น กะทิ ครีม ไอศกรีม เนย เค้ก นมวัว

(3) เนื้อสัตว์ที่ติดไขมันและหนังไม่ควรกินเกินวันละหนึ่งขีด อาหารที่ควรจำกัดหรือนาน ๆ ครั้ง ได้แก่ อาหารทะเล ปลาหมึก ไส้กรอก หมูยอ กุนเชียง ไข่แปดและไข่ไก่ แต่ไข่แดงมีปริมาณโคเลสเตอรอลรวมทั้งไข่ปลา ไขมันกระเทียม สมอสัตว์ เครื่องในสัตว์ทุกประเภท แนะนำให้รับประทานไข่แดงได้ครั้งถึงหนึ่งไข่แดงต่อวัน

(4) ควรดื่มนมชนิดพร่องมันเนย หากต้องดื่มเป็นประจำ

(5) รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงได้แก่ ผลไม้ ข้าวกล้อง ผัก เนื่องจาก สารเส้นใยจะช่วยขับเอาไขมัน ไปด้วยอุจจาระ กินอาหารแบบไทยเช่น แกงส้ม แกงเลียง แกงป่า ต้มยำ น้ำพริก กินปลาแทนเนื้อสัตว์

2) ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ อย่างน้อย 15-30 นาที การออกกำลังกายทำให้เลือดสูบฉีดแรงขึ้น เป็นการลดการสะสมตะกรันไขมันในหลอดเลือด และยังเป็น การเพิ่ม HDL-C เพื่อขนถ่ายโคเลสเตอรอล ไปทิ้งที่ตับ

3) หลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง

4) งดสูบบุหรี่ สารพิษในบุหรี่นอกจากทำให้ถุงลมโป่งพองแล้วทำให้เกิดเส้นเลือดตีตันเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวาย และยังลดไขมัน HDL-C ซึ่งเป็นไขมันชนิดดีจึงพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 1-7 เท่า

5) ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.10.2 กลยุทธ์ระดับบุคคล ได้แก่ การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดให้แก่ประชาชนตามปัจจัยเสี่ยงที่กำหนดไว้ และให้การรักษาในระยะแรกเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังที่สำคัญได้มีผู้ศึกษาวิธีดำเนินการที่เหมาะสมไว้หลายแนวทาง เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health) ได้เสนอในรายงานผลโครงการศึกษาโคเลสเตอรอลแห่งชาติครั้งที่ 3 (The Third Report of the National Cholesterol Education Program: NCEP 2003: 3) แนะนำในเรื่องการตรวจคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูงว่าควรดำเนินการในประชากรอายุตั้งแต่ 20 ขึ้นไป โดยการเจาะเลือดตรวจ Fasting lipoprotein profile ทุก 5 ปี สำหรับในประเทศไทย มาตรการที่เสนอแนะสำหรับประชาชนไทยควรตรวจคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติด้วยการตรวจระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด ในผู้ชายอายุ 35-65 ปี และผู้หญิงอายุ 45-65 ปี ทุก 5 ปี โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในเขตเมืองทุกคน และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงควรเริ่มตรวจคัดกรองเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี โดยตรวจระดับไตรกลีเซอไรด์ เพียงอย่างเดียว ถ้าระดับไตรกลีเซอไรด์ มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มก./ดล จึงตรวจโคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และเอช ดีแอล โคเลสเตอรอล ถ้าระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรตรวจอย่างน้อยทุกห้าปี (วิชัย ต้นไพจิตร ปรียา ลิพกุล และ รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา 2544: 511)

1.11 แนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (2546: 21) โดยใช้เกณฑ์ตามคณะกรรมการศึกษาโคเลสเตอรอลแห่งชาติเกี่ยวกับการรักษาผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Cholesterol Education Panel) (NCEP ATP III: 3) ที่ได้ระบุว่า LDL-C เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหัวใจจึงได้กำหนดค่า LDL-C เป็นเป้าหมายหลักของการรักษา และระดับ LDL-C ที่ควรได้รับการรักษาด้วยวิธีใดขึ้นกับว่าบุคคลนั้นมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วยมากน้อยเพียงใด ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวคือ

- 1.11.1 ผู้ชายอายุตั้งแต่ 45 ปีหรือผู้หญิงตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป
- 1.11.2 มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 55 ในผู้ชายหรือก่อนอายุ 65 ในผู้หญิง
- 1.11.3 ประวัติการสูบบุหรี่
- 1.11.4 ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง

1.11.5 มีระดับของ เอช ดีแอล โคลเลสเตอรอล ในเลือดน้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

แนวทางการปฏิบัติของ NCEP ATPIII โดยใช้ค่า LDL-C เป็นเป้าหมายหลักของการรักษาร่วมกับการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว (Three Categories of risk that Modify Cholesterol Goals: National Cholesterol Adult Treatment Education Panel III 2001: 8; วิชัย ตันไพจิตร ปรียา ถิพพกุล และ รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา 2540: 515) มีแนวทางดังนี้

- 1) ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีโรคที่มีความเสี่ยงเทียบเท่า การรักษาจัดเป็นการป้องกันทุติยภูมิ ระดับเป้าหมายของ LDL-C ควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าระดับของในเลือด LDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เริ่มต้นการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ถ้า LDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต้องพิจารณาให้การรักษาด้วยยา ถ้า LDL-C อยู่ระหว่าง 100-129 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังจากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตแล้วควรพิจารณาให้ยา
 - 2) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงสองข้อขึ้นไป การรักษาจัดเป็นการป้องกันปฐมภูมิ ระดับเป้าหมายของ LDL-C ควรน้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าระดับของในเลือด LDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เริ่มต้นการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ถ้า LDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต้องพิจารณาให้การรักษาด้วยยา
 - 3) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยน้อยกว่าสองข้อ การรักษาจัดเป็นการป้องกันปฐมภูมิ ระดับเป้าหมายของ LDL-C ควรน้อยกว่า 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าระดับของในเลือด LDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เริ่มต้นการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ถ้า LDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 190 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต้องพิจารณาให้การรักษาด้วยยา
 - 4) กรณีที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดร่วมด้วย (มากกว่าหรือเท่ากับ 200) ให้ใช้ระดับ Non HDL cholesterol เป็นเป้าหมายรองจากการใช้ระดับ LDL-C โดยระดับ Non HDL cholesterol ควรมีค่ามากกว่าระดับ LDL-C 30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ทุกเป้าหมาย
- การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ รักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง และใช้ยาลดไขมันในเลือดควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตรายละเอียดมีดังนี้
- 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต (Total lifestyle change, TLC)(วีรพันธ์ โขวิฑูรกิจ 2548: 186) หมายถึง การกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่ม

แอลกอฮอล์ และการลดความเครียด แนวทางการดูแลผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงในระยะเริ่มแรกใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือที่เรียกว่า TLC การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตมีดังนี้

(1) การรับประทานอาหาร การให้โภชนาบำบัดที่ถูกต้องเป็นหลักสำคัญในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง หลักการรับประทานอาหารสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค โดยATP III's TLC Diet (ATP III's TLC Diet National Cholesterol Adult Treatment Education Panel III 2001: 11; วิชัย ตันไพจิตร ปรีชา ลีพกุล และ รัตนา พากเพียรกิจ วัฒนา 2540: 526-8; วีรพันธ์ โขวิฑูรกิจ 2548: 186-7) ได้กำหนดไว้โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Dietary Guidelines for Americans 2000 ซึ่งประกอบด้วย

ก. ปริมาณไขมัน (Total fat) ต่อวันให้พลังงานร้อยละ25-35 ของพลังงานทั้งหมดโดยประเภทไขมันที่ใช้คือ

(ก) กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) ไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานเช่น ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ

(ข) กรดไขมันไม่อิ่มตัว (Polyunsaturated fat) ไม่เกินร้อยละ 10 เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด พืชตระกูลถั่ว

(ค) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fat) ไม่เกินร้อยละ 20 เช่น กรดโอเลอิกที่พบในน้ำมันมะกอก

(ง) หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัวมากที่มี (trans fatty acids) เช่น เนยขาว น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

ข. ปริมาณโปรตีน โปรตีนให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมดแต่ควรงด เครื่องในสัตว์ หนังสัตว์ หลีกเลี่ยงอาหารทะเล รับประทานปลา ไข่ เป็ด หมู เนื้อที่ไม่ติดหนังควรรับประทาน 4-6 ซ้อน โต๊ะต่อมือ

ค. อาหารคาร์โบไฮเดรต ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเช่น ธัญพืช ข้าว ถั่ว ซึ่งให้ใยอาหารและโปรตีน ควรหลีกเลี่ยงน้ำตาลหรืออาหารที่มีปริมาณน้ำตาล

ง. การดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณที่สามารถดื่มเพื่อสุขภาพไม่ควรดื่มมากกว่า 3 หน่วยต่อวันสำหรับผู้ชาย ไม่เกิน 2 หน่วยต่อวันสำหรับผู้หญิง หรือสัปดาห์ละไม่เกิน 11 หน่วย และ 14 หน่วยตามลำดับ (1 หน่วยแอลกอฮอล์คือ 10 กรัมของแอลกอฮอล์ หรือ 28 ซีซี. ของวิสกี้หรือแบรินดี หรือ 85 ซีซี. ไวน์ หรือ เบียร์230 ซีซี.) การได้รับเอธานอลมากกว่า 30 กรัมทำให้รับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้นจากการสังเคราะห์ VLDL เพิ่มขึ้น

จ. ผักและผลไม้ ควรรับประทานผักและผลไม้เพื่อให้ได้ใยอาหารมากพอสำหรับร่างกาย

(2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายได้แก่ การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายที่ทำให้เกิดการใช้พลังงาน ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายราว 1.5 เท่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะทำให้หัวใจ ปอด และระบบหมุนเวียนโลหิตแข็งแรง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้แก่ การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิก ถีบจักรยาน กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก ฯลฯ การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

ก. ความแรง ควรออกกำลังกายปานกลาง โดยจะทำให้สามารถใช้พลังงาน 100-200 กิโลแคลอรี โดยดูอัตราการความเร็วของชีพจรเมื่อเทียบกับอายุในการออกกำลังกายแต่ละครั้งถ้าจะให้ได้ประโยชน์ต่อหัวใจ ปอด และระบบหมุนเวียนโลหิต จะต้องออกกำลังกายให้หัวใจ (หรือชีพจร) เต้นระหว่าง 60% ของความสามารถสูงสุดที่หัวใจของคนๆ นั้นจะเต้นได้ สูตรในการคำนวณความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้ คือ 220 ลบอายุเป็นปี คูณด้วย 60% กล่าวคือคนที่มีอายุ 60 ปีมีความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้คือ 220 ลบ 60 หรือเท่ากับ 96 ครั้งต่อนาที การออกกำลังกายที่เป็นประโยชน์ต่อหัวใจและปอด ฯลฯ ไม่ควรที่ต้องออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นถึง 170 ครั้ง

ข. เวลาของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 15 นาทีโดยสารเอนดอร์ฟินจะหลั่งเมื่อออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 15 นาที หรืออย่างน้อย 30 นาทีถึง 45 นาที การเลือกชนิดการออกกำลังกายมีผลต่อเวลาของการออกกำลังกาย

ค. ความสม่ำเสมอ การออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ 3-5 วันต่อสัปดาห์เพราะสารเอนดอร์ฟินฮอร์โมนเพื่อสุขภาพจะหลั่งออกมามีฤทธิ์อยู่ได้เพียง 48 ชั่วโมง

(3) การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้ระดับของ HDL-C ลดลง เป็นอันตรายต่อendothelial cell และมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดง รวมทั้งทำให้เกร็ดเลือดจับตัวกัน การหยุดสูบบุหรี่สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2) การรักษาไขมันในเลือดสูงโดยการใช้น้ำมันในกรณีที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคาร์ดิโอ (TLC) ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน ระดับของไขมันสูงเกินเป้าหมาย ทำการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยความเสี่ยงในแต่ละบุคคล และ ระดับของ LDL-C เป็นเกณฑ์ในการให้การรักษาด้วยยาควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคาร์ดิโอ

ยาที่เป็นใช้เป็นยาหลักในการลดการระดับโคเลสเตอรอล (สิริพร บุรพาเดชะ ม.ป.ป.) คือยาในกลุ่มสแตตินส์ แม้ว่ายาในกลุ่มสแตตินส์จัดเป็นยาที่ออกฤทธิ์ดีที่สุดสำหรับผู้ที่มิระดับโคเลสเตอรอลรวมสูง แต่ไม่ได้ผลดีสำหรับผู้ที่มิทั้งโคเลสเตอรอลรวมสูง และไตรกลีเซอไรด์สูงร่วมกัน จำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มไฟเบรทส์ และ nicotinic acid หรือ analogue ให้ผลดีกว่า ยาในกลุ่มไฟเบรทส์ใช้รักษากรณีที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง กรณีที่ระดับไตรกลีเซอไรด์อยู่ระหว่าง 200-400 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้พิจารณาว่า Non-HDL-C เป็นเกณฑ์ ยาที่ใช้ลดอาจใช้ยาในกลุ่มสแตตินส์ และยาในกลุ่มไฟเบรทส์ หรือใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกันเพื่อที่ทำให้ระดับLDL-C และ Non-HDL-C บรรลุตามเป้าหมาย

กลไกการออกฤทธิ์ของยากกลุ่มสแตตินส์ มีฤทธิ์ขัดขวางการสังเคราะห์โคเลสเตอรอลโดยออกฤทธิ์ยับยั้ง HMG CoA reductase ในเซลล์ตับเป็นผลให้ระดับของLDL-C ในพลาสมาลดลงขณะที่ระดับของ HMG CoA เพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนเอนไซม์ที่ถูกยับยั้งไปการลดลงของระดับ LDL-C เป็นผลมาจากการออกฤทธิ์ยับยั้ง reductaseและการเพิ่มจำนวน LDL receptors Lovastatin ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อวันจะลด LDL-C ได้ประมาณร้อยละ 20 VLDL-C และไตรกลีเซอไรด์ลดลงร้อยละ 25 ขณะที่ HDL เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10-13

ขนาดยาที่ใช้ สแตตินส์ ขนาด 10-20 มิลลิกรัม ครั้งเดียวตอนเย็น ขนาดสูงสุดไม่ควรเกิน 80 มิลลิกรัม

หลักเภสัชจลนศาสตร์ กลุ่มยาสแตตินส์อยู่ในรูปยาออกฤทธิ์ยกเว้น โลวาสแตตินกับซิมวาสแตตินที่ต้องอยู่ในรูปก่อนออกฤทธิ์ ยานี้ดูดซึมได้ดีร้อยละ 85 จากทางเดินอาหาร การให้ยาโดยการกินจึงเป็นวิธีที่สะดวกแก่คนไข้ ยาที่ดูดซึมได้ดีร้อยละ 85 จะไปที่ตับ ทำให้กลไกการออกฤทธิ์ของยามีความสอดคล้องกับพยาธิกำเนิดของโรค เพราะโคเลสเตอรอลถูกสร้างที่ตับเป็นหลัก จึงทำให้ยาสามารถไปยับยั้งกระบวนการสร้างโคเลสเตอรอล ที่ตับได้มีผลให้ลดและควบคุมระดับ LDL-C ให้ต่ำกว่าเป้าหมายได้ ยาถูกขับออกทางอุจจาระ ส่วนน้อยขับทางทางปัสสาวะทำให้มีขนาดยาในร่างกายลดลง การให้ยาตอนเย็นจะทำให้ได้ความเข้มข้นสูงสุดภายใน 1 ถึง 4 ชั่วโมงหลังกินยา การสร้างโคเลสเตอรอลส่วนมากจะสร้างตอนกลางคืนเป็นหลัก การออกฤทธิ์ของยาจะตรงกับช่วงที่ร่างกายสร้างโคเลสเตอรอล ยาจึงไปออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโคเลสเตอรอลได้ดี

ระยะเวลาที่เริ่มให้ผลการรักษา ยาจะออกฤทธิ์เต็มที่อย่างน้อยใช้เวลาประมาณหนึ่งเดือนถึงเดือนครึ่ง การรักษาด้วยระยะเวลาสั้นไป จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้นมาอีกได้

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา อาจพบได้ใน 3 เดือนแรกของการรักษา ได้แก่ ผลต่อระบบทางเดินอาหารไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูกท้องเดิน ปวดท้องแน่นท้องมีอาการแพ้ ผื่นแดง มีผลต่อดับทำให้ระดับเอนไซม์ของตับ (ALT ,AST, ALP, LDH ,GTP)เพิ่มสูงขึ้นเป็นครั้งคราว ในช่วง 6-8 สัปดาห์ หลังเริ่มใช้ยาอาจมีอาการปวดศีรษะหรืออาจมีอาการเมื่อยและปวดกล้ามเนื้อได้ ในรายที่ใช้ยาขนาดที่สูงมาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิด แรบบโดไมโอซิสซึ่งเป็นขบวนการที่เซลล์กล้ามเนื้อลายมีการแตกสลาย และปลดปล่อยสารบรรจุภายในสู่นอกเซลล์ และ โลหิตมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การติดตามการรักษาผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง (วิชัย ตันไพจิตรและคณะ 2544: 189) ก่อนให้ยารักษาไขมันในเลือด ควรตรวจการทำงานของตับ และไต ถ้าระดับเอนไซม์ของตับ (ALT ,AST, ALP, LDH ,GTP) มีค่ามากกว่า 3 เท่าของเกณฑ์สูงสุดของค่าปกติ ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ หลังจากทำการรักษา ทำการนัดผู้ป่วยเพื่อประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาใน 2 สัปดาห์ และประเมินประสิทธิภาพผลของการใช้ยาใน 4 สัปดาห์

สรุปได้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่บุคคลมีระดับของไขมันในเลือดที่ผิดปกติโดยใช้ระดับของไขมันชนิดต่าง ๆ ได้แก่ โคลเลสเตอรอลรวม แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอล เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง ใช้วิธีการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับไขมันในเลือดโดยการอดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ถ้าพบว่าระดับ โคลเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร และ/หรือ ระดับ โคลเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) มากกว่า 130 มิลลิกรัม / เดซิลิตร และ/หรือ ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG) มากกว่า 150 มิลลิกรัม / เดซิลิตร วินิจฉัยได้ว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง ระดับไขมันที่สูงผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงส่วนรอบ และโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไขมันที่ล้นเกินจะไปพอกเป็นตะกรันอยู่ในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเสียความยืดหยุ่น การเกิดตะกรันของไขมันในเลือดจะทำให้รูของหลอดเลือดแคบลงทำให้อวัยวะที่ไวต่อการขาดเลือด เช่น หัวใจทำงานได้ไม่เต็มที่ที่เกิดอาการปวดแน่นหน้าอก (Angina pectoris) เป็นผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (arthrosclerosis) ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงมีสองวิธีได้แก่ การรักษาด้วยยาลดไขมัน โดยทั่วไปใช้สแตตินส์ ขนาด 10-20 มิลลิกรัม ครั้งเดียวตอนเย็นควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต และใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตเพียงประการเดียว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ คาร์โบไฮเดรตในจำนวนที่เหมาะสม เพิ่มการออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ งดดื่มเหล้า และลดความเครียด แต่ถ้าระดับไขมันในเลือดยังคงสูงหลังจาก 3 เดือนที่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ด้วยตนเอง แพทย์จะพิจารณาให้ยาโดยประเมินจากระดับของไขมันชนิดต่าง ๆ ตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยแห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้ร่วมกับพิจารณาระดับความเสี่ยงของบุคคลร่วมด้วยซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ประวัติทางกรรมพันธุ์ โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถป้องกันได้ด้วยตนเองเพียงแต่ระหนักถึงอันตรายจากการไม่ควบคุมระดับไขมันและความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นโรคที่สำคัญได้แก่ อัมพาต อัมพฤกษ์ ทำให้ผู้ใช้บริการตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุม ป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดโรคที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ๆ ได้

2. ระบบการบริการปฐมภูมิ

2.1 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการบริการสุขภาพด้านแรกที่ถูกเรียกว่าสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นที่พึ่งทางสุขภาพแห่งแรกของประชาชน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน การให้บริการเน้นการบริการสุขภาพเชิงรุก สร้างนำซ่อม ให้การรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ การบริการมีลักษณะเป็นบูรณาการซึ่งหมายถึงการบริการที่มีลักษณะผสมผสาน มีความเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์ซึ่งมีทั้งทางด้านร่างกาย จิต จิตวิญญาณและสังคม ดูแลทุกช่วงอายุ ตลอดชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย ทั้งก่อนเกิดโรค และเป็นโรคแล้ว โดยแบ่งบทบาทระหว่างบริการระดับปฐมภูมิ การบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างชัดเจน การจัดบริการมีคุณภาพมาตรฐานทางวิชาชีพ มีความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการ ไม่ต้องรอนาน ให้บริการได้อย่างทั่วถึง เข้าถึงบริการได้ง่าย การบริการมีความครอบคลุมและความต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในบริการเหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจ กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการถูกกำหนดอย่างชัดเจน ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ตลอดจนมีระบบเครือข่ายที่มีการบริหารจัดการในเรื่องการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ (สำเร็จ แหยม กระจโทก 2545)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การบริการระดับปฐมภูมิเป็นการบริการสุขภาพที่มีความเป็นองค์รวม ความผสมผสาน ความต่อเนื่อง และสามารถเข้าถึงได้ง่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เท่าเทียมกัน ลักษณะระบบการบริการปฐมภูมิและบทบาทที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิตามที่เสนอของอำพล จินดาวัฒนะ (2543) และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2545:4) จึงมีลักษณะดังนี้

1) เป็นระบบบริการที่เป็นหน่วยขนาดเล็ก เป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงง่าย ในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยาและด้านเศรษฐกิจ

2) บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ให้การดูแลสุขภาพผสมผสานในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวมบริการให้สามารถสะดวกในการใช้บริการ ถ้วนหน้า

3) ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

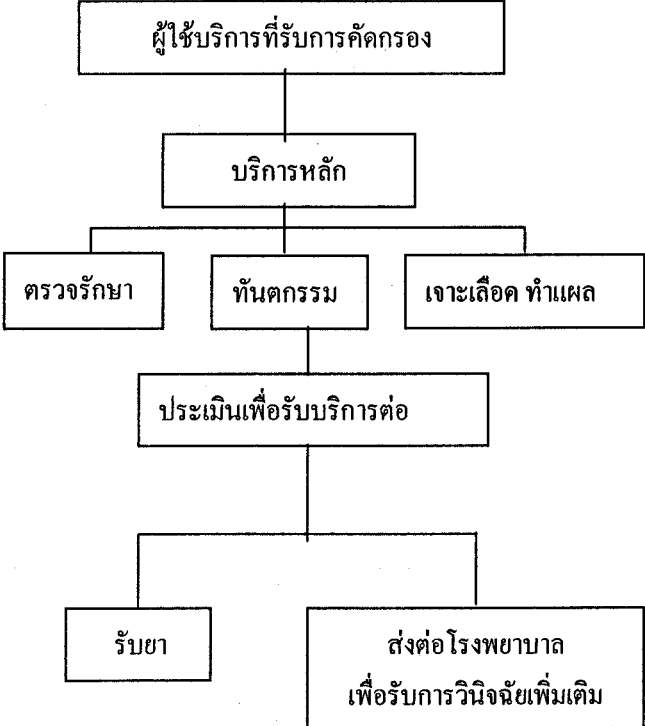
4) ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่น เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ อย่างชัดเจน โดยมีระบบส่งต่อในรายที่ต้องการใช้บริการที่ซับซ้อน เกินความสามารถของหน่วยบริการสามารถ ส่งต่อได้จริง

5) เน้นบทบาทการให้บริการเชิงรุก เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าการรักษาโดยการบริการเน้นการสร้างสุขภาพให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตน

สถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก จัดเป็นสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ประจำหน่วยงานมีชื่อตามการจัดตั้งหน่วยว่า แผนกพยาบาล กองบริการและสนับสนุนทั่วไป กรมพลาธิการทหารบก ขึ้นการบังคับบัญชากับกองบริการและสนับสนุนทั่วไป กรมพลาธิการทหารบก เปิดดำเนินการในวันราชการระหว่างเวลา 08.30-16.30 น เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลในลักษณะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน การบริการจัดเป็นสวัสดิการแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานในกรมพลาธิการทหารบกและประชาชนทั่วไปโดยไม่เก็บค่าบริการใด ๆ มีภารกิจให้การรักษาพยาบาลโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคทางอายุรกรรม โรคทั่วไป บริการฉุกเฉิน บาดเจ็บจากการทำงาน การบริการด้านทันตกรรมและเวชกรรมป้องกัน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจการสายแพทย์แก่หน่วยงาน ตลอดจนภารกิจพิเศษตามที่ได้รับมอบหมาย สถานพยาบาลให้การสนับสนุนเช่น การดูแลกำลังพลที่ต้องปฏิบัติภารกิจทดลองร่วม การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

สถานพยาบาล กรมพลาธิการทหารบก ประกอบด้วยบุคลากร สหวิชาชีพ ดังนี้
 พยาบาลประจำ 2 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคข้อประจำ 1 คน ทันตแพทย์ และนายสิบทันตกรรม
 2 คน นายสิบพยาบาล 1 คน ลูกจ้างประจำ 4 คน

กระบวนการหลักในการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลกรมพลศึกษา
 ทหารบกที่สถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

กระบวนการหลัก	วิธีปฏิบัติ
 <pre> graph TD A[ผู้ใช้บริการที่รับการคัดกรอง] --> B[บริการหลัก] B --> C[ตรวจรักษา] B --> D[ทันตกรรม] B --> E[เจาะเลือด ทำแผล] D --> F[ประเมินเพื่อรับบริการต่อ] F --> G[รับยา] F --> H[ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติม] </pre>	<p>1 ส่วนเวชระเบียนเตรียมเอกสารข้อมูล ค้นหาความต้องการของผู้มาใช้บริการ การประเมินปัญหา และส่งไปตามจุดบริการที่เหมาะสมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา 1.2 พบทันตแพทย์ 1.3 บริการอื่นๆ (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะทำแผล ฉีดยาป้องกันบาดทะยัก) <p>2 มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างต่อเนื่อง ในด้านการบริการ ตรวจห้องปฏิบัติการ โดยส่งเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ ทำการนัดตรวจพิเศษต่างๆ ได้แก่ mammogram ultrasound x-ray การตรวจคลื่นหัวใจ การส่งคนไข้เพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเช่น หัวใจ ระบบปัสสาวะ</p>

ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ของสถานพยาบาล กรมพลศึกษาทหารบก
 ประกอบด้วย

1) มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ มีเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ 2 เครื่องสำหรับห้องทันตกรรม และห้องทำแผล ขยะติดเชื้อมีการจัดเก็บอย่างถูกต้อง โดยแยกขยะ และจัดเก็บโดยรถเทศบาลเฉพาะขยะติดเชื้อ

2) สถานที่ตรวจรักษา/ ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการเพียงพอ

3) มีระบบโทรศัพท์ และเสียงตามสาย เพื่อการติดต่อสื่อสารกับผู้ใช้บริการ โดยผู้ใช้บริการสามารถขอรับคำปรึกษาได้ตามเวลาราชการ

4) มีรถพยาบาลเพื่อส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็ว
ขีดความสามารถของสถานพยาบาล กรมพลาศิการทหารบก ประกอบด้วย

1) การบริการในด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดยดำเนินงานสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2) การบริการด้านทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) สัปดาห์ละ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3) การให้การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่สถานพยาบาลทุกวันทำการ

4) การบริการดูแลสุขภาพเด็กเล็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกรมพลาศิการทหารบก
ในด้านทันตกรรมป้องกัน โดยทันตแพทย์ปีละ 2 ครั้ง และการประเมินสุขภาพทั่วไปและพัฒนาการ
โดยแพทย์

5) การบริการด้านยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

6) การให้บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้การดูแลสุขภาพแก่กำลังพลและครอบครัวถึงบ้านพัก

7) การบริการด้านสุขภาพนิบาลสิ่งแวดล้อม กำจัดขยะและแมลงวันตามระยะของการระบาด

8) ให้คำปรึกษากิจการสายแพทย์ให้กับกรมพลาศิการทหารบก

9) การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ โดยทำส่งตรวจที่โรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้า

10) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว ด้วยรถพยาบาลประจำหน่วยงาน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย จากการศึกษาของ
ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2547) ได้ทำการสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาในระบบบริการ
สุขภาพพระดับปฐมภูมิทุกภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือผลการศึกษาพบลักษณะของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิ
ที่สำคัญในแต่ละภาคดังนี้

กรณีศึกษาพื้นที่ภาคกลาง ได้แก่ การศึกษาของวชิรา กสิโกศล และคณะ (2544)
พบว่า ความต้องการในด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่มีความต้องการชุดบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน
ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพเป็นสำคัญ โดยในพื้นที่ที่มีความต้องการชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
และการมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาระบบการบริการของสถานอนามัยกับ

โรงพยาบาลในอำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ทำการพัฒนาระบบการบริการปฐมภูมิ ในส่วนของระบบและเครื่องมือที่ใช้ในการจัดระบบประสานและการส่งต่อและรับผู้ป่วยระหว่าง สถานีนอมนำกับโรงพยาบาลโดยก่อนการพัฒนาขาดการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ไม่มีใบส่งต่อ ไม่มี การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วย วิธีการในการดำเนินการพัฒนาได้แก่ การจัดเวทีบุคลากร ผู้เกี่ยวข้องพูดคุยปัญหา ใช้มติในที่ประชุมเป็นเครื่องมือในการพัฒนา วางแผนร่วมกัน วางระบบส่ง ต่อที่พึงประสงค์ นำเสนอในที่ประชุมจากแต่ละหน่วยงาน พัฒนาปรับปรุง ยึดหลักทำไปเรียนรู้ไป จึงเห็นได้ว่าชุดบริการดังกล่าวเกิดจากการมองปัญหาร่วมกัน และพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อปัญหาใน พื้นที่ ภายหลังการพัฒนาจึงได้รูปแบบการส่งต่อ 2 รูปแบบคือ 1) โทรศัพท์และมีใบส่งต่อ 2)

โทรศัพท์แต่ไม่มีใบส่งต่อรวมทั้งได้ชุดบริการสุขภาพที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานให้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กทารกและวัยก่อนเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาภาคใต้ ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2546)

พบว่า การบริการสุขภาพเป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของ ประชาชน และเป็นการบริการเพื่อตอบสนองภารกิจเดิม ดำเนินการในหน่วยบริการสุขภาพและ กิจกรรมในชุมชน ได้แก่ 1) งานการป้องกันโรค เป็นการให้วัคซีนในคลินิกเด็ก เฝ้าระวังและ สอบสวนโรคทางวิทยาการระบาด ความเสี่ยงของโรคจากการทำงาน การป้องกันการติดเชื้องาน ควบคุมโรคและโรคเอดส์ 2) งานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับงานแม่และเด็ก โดยมีบริการ หญิงมีครรภ์ครบถ้วน และให้การดูแล ส่งเสริมสุขภาพทารกและเด็กก่อนวัยเรียน 3) งาน รักษาพยาบาล เป็นงานที่ OPD ได้แก่ คัดกรอง ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น งานฉุกเฉิน และงาน หัตถการเบื้องต้น ส่วนงานในชุมชนในด้านการรักษาจะเป็นการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเรื้อรัง ตามผู้ป่วย ในรายที่ไม่มาตามนัด ให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง งานฟื้นฟูสภาพจากความพิการในชุมชน ได้แก่ การ ทำทะเบียน กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กายภาพบำบัด และการดูแลด้านสุขภาพจิต ปังจัยและเงื่อนไข ความสำเร็จในการปฏิบัติงานในPCU ประกอบด้วย ทศนคติที่ดีของผู้ที่ให้บริการ ตลอดจน ผู้บริหารต้องมีแนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน การกำหนดทิศทาง เป้าหมายเป็นไป ในทิศทางตลอดจนแนวทางการปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ระบบที่จะสนับสนุน ประกอบด้วย การพัฒนานุเคราะห์อย่างต่อเนื่องและมีระบบการตอบแทน การพิจารณาความดี ความชอบ ค่าตอบแทนในเรื่องต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีระบบการบันทึกข้อมูล ระบบรายงาน มีความกะทัดรัด มีข้อมูลที่จำเป็นไม่ซ้ำซ้อนเชื่อถือได้เป็นสำคัญ

กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของชนินฐา นันทบุตรและคณะ (2544) พบว่า ปังจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วย ปังจัยด้านผู้ ให้บริการ ปังจัยด้านประชาชน ในชุมชน และปังจัยด้านองค์กรปกครองท้องถิ่น รูปแบบการบริการ

สุขภาพประกอบด้วยบริการสุขภาพ 3 ระดับได้แก่ 1) การให้บริการสุขภาพรายบุคคลในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ป่วยทางจิตและผู้สูงอายุ 2) การบริการสุขภาพครอบครัว โดยทำการสร้างการเข้าถึงสุขภาพและการให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม การสร้างความมั่นคงในครอบครัว ลดความขัดแย้ง ให้ความรู้ในการดูแลกันเอง โดยใช้ความรู้ชี้นำแนวคิด 3) การทำงานร่วมกันกับชุมชนโดยการสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมการป้องกัน การดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมและผสมผสานโดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน รูปแบบการพัฒนาบุคลากรเน้นการมีทีมนิเทศ สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และมีระบบส่งต่อที่ชัดเจน ผลจากการจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพทำให้เกิดชุดบริการสุขภาพเฉพาะ โรคขึ้นได้แก่ ชุดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วยกิจกรรมคือ การติดตามการเปลี่ยนแปลง ติดตามภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน การให้ข้อมูลสุขภาพ จัดกิจกรรมในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ จนถึงขั้นตอนการส่งต่อไปรับการรักษา และยังมิชุดบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและเฉียบพลัน ในกลุ่มผู้สูงอายุทำการตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้เพื่อดูแลตนเอง การดูแลหลังผ่าตัดโดยการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ในการปฏิบัติตน การจัดกิจกรรมในชุมชนที่สำคัญได้แก่ โครงการออกกำลังกาย โครงการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการคัดกรองถึงในชุมชน กรณีที่พบโรคทำการตรวจซ้ำที่สถานีนอามัยอีกครั้งหนึ่ง รวมทั้งดำเนินการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ในการดำเนินงานที่สถานีนอามัยแห่งหนึ่งได้มีการจัดให้บริการคลินิกเบาหวาน เดือนละหนึ่งครั้ง โดยเริ่มจากปัญหาในการใช้บริการของผู้ป่วยได้แก่ การไม่มาตามนัด ไม่มีเงินค่ารักษา ขาดการดูแลตนเอง และผู้ให้บริการไม่สามารถจัดการให้ความรู้ได้เนื่องจากผู้ป่วยหิวข้าว รีบกลับบ้าน ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนอามัยได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานขึ้นใหม่ดังนี้ 1) เลี่ยงอาหารหลังเจาะเลือด 2) ให้รางวัลแก่ผู้ที่ตรวจตามนัดและนำสมุดคู่มือมา 3) จัดกลุ่ม Self-help group ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการป่วยเป็นผู้ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ร่วมกัน 4) การให้ความรู้โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 5) ประสาน อบต. ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และหาพันธุ์พืชมาแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยที่ยากจน

กรณีศึกษาภาคเหนือการพัฒนาบริการสุขภาพในการบริการระดับปฐมภูมิของสถานีนอามัยขุนคอง อำเภอ หางดง จังหวัด เชียงใหม่ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ 2546) รูปแบบของหน่วยบริการสุขภาพาโดยใช้โครงสร้างเดิมของสถานีนอามัย จีออนไขความสำเร็จขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลคู่สัญญาในด้านการนิเทศการมีระบบพี่เลี้ยง การพัฒนาบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณ และเวชภัณฑ์หน่วยบริการสุขภาพ มีการพัฒนาชุดบริการ

สุขภาพโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดบริการ โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี กิจกรรมที่ให้ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ทุก 3-4 เดือน เพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ 2) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทุกเรื่องที่ต้องอาศัยทักษะพิเศษ ทำการเยี่ยมบ้านทุก 2-3 เดือน 3) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยทำการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือนในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจะจัดทีมสุขภาพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ทำการเยี่ยมบ้านทุกสองอาทิตย์เพื่อให้การช่วยเหลือ ลักษณะการเยี่ยมบ้านความถี่จะขึ้นอยู่กับลักษณะกลุ่มของผู้ป่วยเป็นสำคัญกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ และการบริการสุขภาพยังมีชุดบริการอื่น ๆ อีก ได้แก่ ชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอีกทั้งในวัยแรงงานได้มีกิจกรรมการประเมินร่างกายและตรวจสุขภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตราย และการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สุนทรวาทิ เขียวพิเชฐ และคณะ 2546) พบว่าการจัดบริการสุขภาพอยู่ในระหว่างการริเริ่ม และในขั้นต้นดำเนินการพัฒนาเช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกัน มีแนวคิดในการพัฒนาชุดบริการเพื่อควบคุมมาตรฐานการบริการ ในอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนาคอบครัว อาสาสมัครสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง บางชุดบริการที่จัดจะมี อสม. อสส. กนค. เป็นผู้ให้บริการหลัก โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้ปรึกษาเท่านั้น

จอณพะจง เพ็งจาด และคณะ (2547) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวันภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความคาดหวังและความพึงพอใจ ต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนที่มีสิทธิในโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประกอบด้วยประชาชนที่อาศัยในพื้นที่แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี ผลการวิจัยพบว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วย คลินิกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร ชั้นสิบสาม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกแก่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่รับผิดชอบในเวลาราชการ และศูนย์บริการสาธารณสุข ลิบหก ลุมพินี

ให้บริการสุขภาพสองรูปแบบ คือ บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น บริการสุขภาพที่ให้กับประชาชนที่มีสุขภาพดี โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการแก้ไขปัญหาชุมชน บริการสุขภาพเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน สำหรับประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพ โดยการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านของทีมนักสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่าประชาชนที่มีสิทธิส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลของการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และค่ารักษาพยาบาลไม่แพง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความพึงพอใจกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับเป็นอย่างมาก เนื่องจากการได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและเสียค่าใช้จ่ายน้อย การบริการที่กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจคือ การรอพบแพทย์นานและการไม่ได้รับการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความคาดหวังว่าบริการสุขภาพควรมีความเสมอภาคในการรับบริการ การดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน ไม่ต้องรอนาน บุคลากรพูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีท่าทีเต็มใจและเอาใจใส่ในการให้บริการ บุคลากรควรปรับปรุงในเรื่องการพูด การให้การต้อนรับ ให้เกียรติ ไม่เลือกปฏิบัติ และที่สำคัญควรเคร่งครัดเรื่องการทำงานตรงเวลากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสุขและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพที่พบมากได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติน้อยคือ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านโภชนาการ การตรวจเต้านม/อวัยวะ และการตรวจสุขภาพประจำปี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีผู้ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงในสถานบริการระดับปฐมภูมิโดยตรง อาจเนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคที่สำคัญจึงมีงานวิจัยและพัฒนา ระบบการบริการเฉพาะโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ ดังนี้

รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัย (สุวรรณชัย วัฒนา ยิ่งเจริญชัย และคณะ 2546-2547) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในระบบทั้งมวลด้วยการมีส่วนร่วมและการพัฒนาของทรัพยากรบุคคล พบว่าขั้นตอนการจัดระบบบริการประกอบด้วย ในรายที่นัดทำการค้นับัตร

ล่วงหน้า ซึ่งนำหน้า วัตถุประสงค์โลหิต ให้สุขศึกษารายบุคคลขณะการให้บริการ และรายกลุ่ม ระหว่างรอและหลังบริการ (ในบางสถานีนามัยมีการออกกำลังกายและรับประทานอาหารร่วมกัน) จ่ายยาพร้อมคำแนะนำ กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ลงทะเบียนรายงาน และเก็บบัตรลงในกล่อง ในผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะทำการติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป ระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วย เครื่องมือคือ สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงประกอบด้วยคำแนะนำในการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง แผนภูมิประจำบ้านเพื่อช่วยเตือนความจำในประเด็นสำคัญ ในการสร้างรูปแบบใช้หลักของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการเน้นความต่อเนื่อง การผสมผสาน และความเป็นองค์รวมของบริการที่ให้ครอบคลุมทั้งเชิงรุก เชิงรุกขณะตั้งรับ และเชิงรับ เริ่มจากการตรวจคัดกรองเมื่อค้นพบผู้ป่วยสถานีนามัยจะทำการส่งผู้ที่พบว่ามีความดันโลหิตสูงให้โรงพยาบาลทำการวินิจฉัยในครั้งแรกแล้วทำการรักษาต่อจากนั้น โรงพยาบาลจะส่งกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมารักษาต่อเนื่องที่สถานีนามัย โดยความสมัครใจภายใต้การนิเทศงานและควบคุมมาตรฐานคุณภาพจากโรงพยาบาลโดยมีระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อจัดการในระบบการรักษา หากผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะถูกส่งกลับไปยังโรงพยาบาล ประเด็นความสำเร็จมีองค์ประกอบดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีแนวคิดและเข้าใจในวิธีดำเนินการตรงกัน 2) มีโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่ดีรองรับ มีทีม และการประสานงานที่ดีโดยโรงพยาบาลต้องเป็นพี่เลี้ยงให้กับสถานีนามัย 3) การมีหลักเกณฑ์และระบบสารสนเทศที่สอดคล้องกับพื้นที่ 4) มีระบบประกันคุณภาพ และรับรองมาตรฐานงานบริการที่อย่างต่อเนื่อง คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า 1) การควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยของ SBP และ DBP ทั้งสองกลุ่ม เท่ากับหรือต่ำกว่า 140 และ 90 มม.ปรอท ตามลำดับ และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสถานบริการ 2) ส่วนการควบคุมความดันโลหิตในระดับที่ยอมรับได้ พบว่ากลุ่มรับบริการที่สถานีนามัย คิดเป็นร้อยละ 55.81 และกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.79 โดยไม่มีความสัมพันธ์กับบริการที่รักษา 3) ความร่วมมือในการรักษา พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนามัย มีความต่อเนื่องของการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 90.69 ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่โรงพยาบาลร้อยละ 83.72 ด้านการมาตรงตามวันนัดหมาย พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนามัย มาตรงตามวันนัด ในอัตราส่วนที่มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาล อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถจัดระบบบริการที่สถานีนามัยได้ดีกว่าในการรับบริการที่สถานีนามัยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านค่าอาหาร และค่ารถ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการมารับบริการที่สถานีนามัยจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ระดับความพึง

พอใจต่อการมารับบริการที่สถานีนามัยใน 5 ด้าน คือความสะดวกที่ได้รับ, ทัศนียภาพ ความสนใจ
ของเจ้าหน้าที่ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการประเมินและพัฒนา
คุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้ รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการที่โรงพยาบาลโคกสำโรง
โรงพยาบาลอุทัยสถานีนามัยห้วยโป่ง และสถานีนามัยโพสาวหาญ (อำเภอ อุทัย) พบว่า
โรงพยาบาลโคกสำโรงมีความพร้อมด้านทรัพยากร และมีประสบการณ์ในการพัฒนาระบบบริการ
ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงได้ทำการพัฒนาระบบการติดตามนัดและทำการติดตามผู้ป่วยแต่ยังพบว่า
1) ขาดระบบการให้สุขศึกษาที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) มีปริมาณผู้ป่วยที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูงมากเกินไปและไม่มีการส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการกลับไปรักษาที่สถานีนามัยใกล้
บ้าน 3) ระบบติดตามการขาดนัดยังขาดประสิทธิภาพ 4) ขาดการประสานงานระหว่างสถานีนามัย
และโรงพยาบาลในส่วนของโรงพยาบาลอุทัยยังไม่มี การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงอย่างเป็นระบบ เมื่อได้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการ โดยมีคู่มือแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย
การพัฒนาระบบข้อมูล ระบบการให้สุขศึกษา ระบบนัดและติดตามผู้ป่วย และระบบการส่งต่อ
ผู้ป่วยเมื่อทำการประเมินผล พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มาตามนัดในรอบ 6 เดือนสูงขึ้น สัดส่วนผู้ที่มี
ความดันปกติสูงขึ้น และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติสูงขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ระบบการดูแล
ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงขาดคุณภาพเพราะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งไม่สามารถควบคุมโรคได้
สถานีนามัยห้วยโป่งได้พัฒนาในระบบการติดตามนัดโดยฝากจดหมายไปกับเพื่อนบ้านเพื่อแจ้งให้
ทราบและทำการติดตามที่บ้านในกรณีที่ยังไม่มา และมีการพัฒนาในระบบการคัดกรอง ค้นหาโดย
วัดความดันโลหิตผู้ที่มีอายุ 40 ปีทุกคนที่มาใช้บริการถ้าพบจะทำการส่งยังโรงพยาบาลโคกสำโรง
ต่อไป ระบบการให้สุขศึกษารายบุคคลจะให้ไปพร้อมๆกับการจ่ายยา วัดความดันโลหิต สถานี
นอมัยโพสาวหาญ มีการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มารับบริการตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้น
ไป มีการลงทะเบียนผู้ป่วย ถ้ามีการขาดนัดทำการติดตามถึงบ้าน การให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล ด้าน
การรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดแต่ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลยังไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยเป็นการศึกษาดด้วยตนเอง เมื่อทำ
การประเมินผลพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาตรวจโรคตามนัดทุกครั้ง (ในรอบ6เดือน) ที่โรงพยาบาล
โคกสำโรง โรงพยาบาลอุทัยและสถานีนามัยโพสาวหาญคิดเป็นร้อยละ 70.4 , 45.0 และ 56.3
ตามลำดับโดยสัดส่วนของโรงพยาบาลโคกสำโรงมีสัดส่วนที่สูงกว่าอาจเนื่องมาจากได้ดำเนินระบบ
การติดตามนัดมาก่อนที่อื่น ๆ เมื่อได้ทำการพัฒนาจึงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมาก สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความ
ดัน < 140/90 มม/ปรอทที่วัดทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 12.3, 16.7 และ 0.0 ตามลำดับ และสัดส่วนของผู้

ที่มีค่าดัชนีมวลกาย < 25 ก.ก./ตารางเมตรที่วัดทุกครั้งของผู้ที่มาตรวจตามนัดทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 43.9 , 44.4 และ 44.4 ตามลำดับ

รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม (2544) ได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ทำการปรับเปลี่ยนระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน โดย 1) จัดบริการคลินิก เฉพาะ โรคเบาหวานแยกจากโรคอื่น ๆ มอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเป็นสัดส่วน 2) เพิ่มวันให้บริการจากเดิมเป็น 2 วันต่อสัปดาห์ 3) ปรับเปลี่ยนระบบบริการได้โดยเน้นการใช้กระบวนการกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการแก้ไข 4) มีการพัฒนาระบบบริการอื่น ๆ พร้อมกัน โดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การปรับเปลี่ยนระบบการทำ บัตร การให้บริการของงานห้องชันสูตร และพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ โครงการพัฒนาองค์กร และการพัฒนาคุณภาพของบริการไปพร้อมๆกัน 5) เปลี่ยนรูปแบบการให้ข้อมูลผู้รับบริการเป็นแบบสองทาง คือ เคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการมากขึ้นโดยการสอบถามปัญหาผู้ใช้บริการ ปรับเปลี่ยนหัวข้อในการให้ความรู้ตามความต้องการของกลุ่มบริการมากกว่าที่จะเป็นการให้ข้อมูลสำเร็จรูปที่ปฏิบัติกัน โดยทั่วไปร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันในการดูแลตนเอง และสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองอย่างได้ผลในด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ผลจากการพัฒนาต่อผู้รับบริการ 2 ด้าน คือ 1) ด้านการควบคุมโรค ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการควบคุมโรคดีจากระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนิน โครงการมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 2) สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้เจ้าหน้าที่อยู่บนพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน ส่งผลต่อระบบบริการที่เอื้อต่อการบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และผู้ให้บริการมีความสุขที่จะให้บริการผู้ป่วย และผู้ให้บริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการได้อย่างเหมาะสมขึ้น พบว่า ข้อเสนอแนะที่สำคัญได้แก่ การบริการที่สถานีอนามัยควรเน้นกระบวนการกลุ่มมากขึ้นตลอดจนควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ และศักยภาพของหน่วยบริการรวมทั้งพิจารณาจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรัง การพัฒนาระบบบริการควรให้ความสำคัญในเรื่องความร่วมมือของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และทีมสุขภาพ โดยจัดเวทีในการแสดงความคิดเห็นแต่ละฝ่ายร่วมกัน

สรุปได้ว่ารูปแบบในการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ เกิดจากการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการ ตามปัญหาในพื้นที่ในการให้บริการ เพื่อความเหมาะสม และสอดคล้องต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ คงยังไม่มีกรอบ

แนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาแต่ในปัจจุบัน ภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงได้ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่ระบบสุขภาพชุมชน พ.ศ. 2550- 2554 เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน ทิศทาง และเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นภาพรวมของประเทศ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการตามความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต่อไปเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคมประชาชนมีสุขภาพดี และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างสอดคล้องกับบริบท

2.2 การคัดกรองสุขภาพ

การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นกลยุทธ์ระดับบุคคลมีจุดมุ่งหมายในการประเมินค้นหาและรักษาในระยะแรก ในปัจจุบันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค และมอบนโยบายให้ทุกจังหวัดทำแผนลดโรคเน้นการป้องกัน โดยส่งเสริมปลูกฝังให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การลดอาหาร หวาน เค็ม มัน การออกกำลังกาย กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนประการหนึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรองโรค การตรวจสุขภาพประจำปีตามกำหนดเวลา ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานประกันสังคมร่วมกับกรมบัญชีกลางกำหนดให้ข้าราชการต้องได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติของร่างกายที่อาจพบได้ในการตรวจเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การป้องกัน และเป็นแนวทางในการรักษาโรคก่อนที่จะเกิดความรุนแรงและโรคแทรกซ้อนที่อันตรายถึงแก่ชีวิต การตรวจสุขภาพประจำปีในหน่วยงานนอกจากทำให้ทราบถึงสภาวะสุขภาพของตนเองแล้วหน่วยงานเองยังได้รับทราบสุขภาพโดยรวมของกำลังพลตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อให้สถานพยาบาลประจำหน่วยใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้ตรงกับปัญหา และความต้องการของกำลังพลต่อไป (กรมแพทยทหารบก 2546)

การป้องกันโรคดีกว่าการรักษาแต่กรณีที่ป้องกันไม่ได้ การตรวจโรคในระยะเริ่มแรก สามารถป้องกันโรคได้ การตรวจคัดกรองเป็นกลยุทธ์หลักของการป้องกันทุติยภูมิ เพื่อค้นหาโรคก่อนปรากฏอาการให้เห็น ใช้วิธีการตรวจทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ทำให้รวดเร็ว จำนวนมาก (ชนารักษ์ สุวรรณประพิศ 2545) การตรวจคัดกรองแบ่งได้เป็น 4 ประเภทได้แก่

- 1) การตรวจคัดกรองในประชาชนทั่วไป (Mass screening)
- 2) การตรวจคัดกรองในประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค (Selective screening)
- 3) การตรวจคัดกรองโรคหลายอย่าง ใช้วิธีการตรวจคัดกรองหลายวิธีในเวลาเดียวกัน (Multiphase screening)
- 4) การตรวจในกรณีที่มาปรึกษาแพทย์ด้วยจุดประสงค์เฉพาะ (Case finding) อาจหมายถึงการตรวจจากการตรวจร่างกายประจำปีด้วย เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจหามะเร็งเต้านม

การตรวจประจำปีโดยทั่วไปสำหรับข้าราชการของกำลังพลกรมพลธิการทหารบก มีสถานพยาบาลของกรมพลธิการทหารบกเป็นผู้รับผิดชอบการตรวจสุขภาพประจำปี ดำเนินการที่หน่วยงานโดยประสานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมแพทย์ทหารบก มาทำการตรวจเลือด และรายงานผลให้กับสถานพยาบาลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์รายละเอียดในการรายงานผลได้แก่ ประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้น บอกระดับความเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงการเป็นโรค และให้ข้อแนะนำที่เหมาะสม การตรวจคัดกรองมีรายละเอียดดังนี้ (คู่มือการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อสุขภาพดีมีสุขของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2546)

- 1) การตรวจร่างกายโดยแพทย์ การตรวจร่างกายโดยการเคาะ ฟัง คลำ จับชีพจร และฟังเสียงจังหวะการเต้นของหัวใจ เสียงปอดและวัดความดันโลหิต และดูความผิดปกติทั่วไป ได้แก่ หู ตา คอ จมูก การตรวจความสมบูรณ์ของร่างกายโดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย
- 2) การวัดความดันโลหิต (Blood Pressure) ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอัตราเสี่ยงการมีเส้นเลือดแตกในสมอง โรคหัวใจและโรคไตได้
- 3) การหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index :BMI) เป็นดัชนีชี้ค่าความอ้วน BMI 20-25 กก./ม. รูปร่างสมส่วน BMI 25-30 กก./ม เป็นคนอ้วน BMI มากกว่า 30 กก./ม. อ้วนมากผิดปกติจนเป็นโรคอ้วน
- 4) การตรวจเม็ดเลือด เพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดตรวจในกำลังพลทุกคน (Complete Blood Count) เป็นการดูระดับความเข้มข้น ปริมาณ และชนิดตลอดจนคุณลักษณะต่างๆ ของเม็ดเลือด
- 5) การตรวจเลือดทางชีวเคมี โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพบความผิดปกติของร่างกายที่เริ่มเกิดขึ้น โดยยังไม่ปรากฏอาการได้ (sub clinical disease) ได้แก่ ชุดการตรวจ

วิเคราะห์เพื่อการตรวจคัดโรคทั่วร่างกาย (screening profile) (สุคาร์ตัน มโนเชียวพินิจ และ ศรีสนธิ อินทรมณี 2538) ได้แก่

- (1) การตรวจหาน้ำตาล (glucose) เป็นการตรวจหาความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและดูความรุนแรงของการเกิดโรคมก น้อยเพียงใด
- (2) การตรวจการทำงานของไต (Bun และ Creatinine) เป็นการตรวจหาระดับสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตในการกรองของเสีย Bun และ Creatinine เป็นของเสียที่เกิดจากการทำลายโปรตีนในร่างกายถ้าในเลือดมีสารทั้งสองค้างอยู่สามารถบ่งชี้ความผิดปกติของไต การอักเสบ เนื่องจาก เสี่ยงต่อสถานะของไตวายเฉียบพลันหรือโรคไตเรื้อรัง เมื่อการทำงานของไตลดลงร้อยละ 75
- (3) การตรวจกลุ่มไขมันในเลือด ได้แก่
 - ก. โคลเลสเตอรอลรวม เป็นไขมันที่จำเป็นในการสร้างฮอร์โมน การสร้างน้ำดี สารสเตอรอยด์และสร้างผนังเซลล์ส่วนใหญ่ได้มาจากอาหารและผลิตภัณฑ์สัตว์อีกทั้งยังมีการสังเคราะห์ที่ตับถ้ามีปริมาณสูงจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้เป็นอัมพาต หัวใจวายเฉียบพลันได้
 - ข. ไตรกลีเซอไรด์ เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่งที่เป็นแหล่งพลังงานของร่างกายที่เหลือจะสะสมในรูปของไขมัน
 - ค. แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล เป็นผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของไขมันในกระแสเลือดสามารถเกาะที่ผนังเส้นเลือดเป็นไขมันชนิดไม่ดีและสามารถถูกพาไปทำลายที่ตับได้โดยไขมันที่เรียกว่า HDL-C จึงเป็นตัวบ่งชี้ไขมันอุดตันที่สำคัญตัวหนึ่ง
 - ง. เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล เป็นไขมันชนิดดีมีหน้าที่นำไขมัน โคลเลสเตอรอลและแอลดีแอลที่อยู่ตามผนังหลอดเลือดไปทำลายที่ตับ ช่วยป้องกันการอุดตันจากไขมันถ้ามีน้อยเป็นค่าบ่งชี้ที่เสี่ยงต่อภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือด
 - จ. การตรวจการทำงานของตับ ได้แก่ AST,ALT และ ALP ค่าเอนไซม์ทั้งสามชนิดบ่งชี้ถึง ภาวะการอักเสบจากการติดเชื้อ พิษสุรา ไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี ท่อน้ำดีอุดตันถ้า ALP สูงกว่าปกติเล็กน้อยบ่งชี้ภาวะเป็นพิษของการใช้ยาบางชนิดหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกระดูกโดยเฉพาะระหว่างที่มีการเจริญเติบโตของกระดูกในกลุ่มอายุต่าง ๆ
 - ฉ. การตรวจกรดยูริก ระดับของ Uric acid เป็นตัวบ่งชี้ความสามารถของร่างกายในการทำลายสารพิวรีนสารนี้มีในเนื้อสัตว์ เครื่องใน ยอดอ่อนของผักถ้ามีกรดยูริกมากจะตกตะกอนเป็นผลึกรูปเข็มซึ่งมีพิษต่อร่างกายทำให้เกิดอาการปวดข้อ โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ การ

อักเสบของทางเดินปัสสาวะเมื่อเกิดการตกผลึกในไตทำให้เกิดหลอดเลือดคืบหรือตันทำให้ไตเสื่อมสภาพในที่สุด

6) การตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) เป็นการตรวจโดยอาศัยรังสี X-ray เพื่อดูภาพในทรวงอกและหาร่องรอยความผิดปกติของปอดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย วัณโรค มะเร็งปอด ก้อนเนื้อ การอักเสบ แผลในปอด

7) การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) เป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์การทำงานของไตและระบบทางเดินปัสสาวะบอกถึงการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ไต การตรวจประกอบด้วย ความถี่ของปัสสาวะ ความถี่ของปัสสาวะ โปรตีน น้ำตาล เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว บอกได้ถึงอาการอักเสบ การติดเชื้อหรือนิ่วในไต

การตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็นในผู้หญิงได้แก่ การตรวจมะเร็งปากมดลูกมีคำแนะนำควรทำในผู้หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไปหรือมีอายุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจติดต่อกัน 3 ปีหลังจากนั้นควรตรวจทุก 3 ปีจนถึงอายุ 65 ปี

2.3 รายงานการศึกษาการคัดกรองสุขภาพและสำรวจสถานะสุขภาพในประเทศไทย

การสำรวจภาวะสุขภาพเพื่อทำการประเมินสุขภาพและค้นหาโรคเพื่อทำการรักษาในระยะแรก ได้ดำเนินการในหน่วยงานหลายแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน ผลการสำรวจสุขภาพพบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาที่พบเป็นอันดับหนึ่งในทุกหน่วยงาน และเมื่อทำการสำรวจถึงพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และแคลอรีสูง ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ฯลฯ ปัญหาอุบัติการณ์ความชุกภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในเกณฑ์สูงส่วนหนึ่งมาจากผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงไม่เข้ารับการรักษา

รัชฎา จอปา และสุภาภา อุตสม (2549) ได้ดำเนินโครงการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพผู้รับบริการ และศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้การตรวจสุขภาพเชิงรุกซึ่งประกอบด้วยบริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่และในสถานที่ การตรวจสุขภาพนอกสถานที่ประกอบด้วยกิจกรรมคือ การลงทะเบียน ทำบัตรใหม่ ตกลงรายละเอียดการตรวจสุขภาพ ชำระเงินค่าตรวจสุขภาพ (เฉพาะส่วนเกินที่เบิกไม่ได้) เจาะเลือด และส่งอุจจาระ ปัสสาวะ ทดสอบสมรรถภาพทางกาย ตรวจสุขภาพในช่องปาก ชักประวัติตามฟอร์มการตรวจสุขภาพ รับบัตรนัดเพื่อเข้ารับการตรวจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก การตรวจสุขภาพในสถานที่ได้แก่ เอกซเรย์ทรวงอก ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจภายใน ตรวจมะเร็งปากมดลูก แจกผลการตรวจสุขภาพ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและส่งพบแพทย์ในกรณีพบความผิดปกติ การตรวจสุขภาพประจำปีจัดเป็น 2 โปรแกรมได้แก่ โปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับ

ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปีขึ้นไป และ โปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ผลการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนรวม 19 แห่ง ผู้รับบริการทั้งสิ้น 997 ราย แบ่งออกเป็นหน่วยงานภาครัฐ 18 แห่ง หน่วยงานเอกชน 1 แห่ง ผลการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกที่ผิดปกติเป็นส่วนใหญ่คือ ไขมันในเลือดสูง จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกในระดับดีห้าอันดับ ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาด เรียบร้อย เจ้าหน้าที่สนใจรับฟังปัญหาตอบคำถาม และให้คำปรึกษาด้วยความเต็มใจ อุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจสะอาด น่าเชื่อถือ เจ้าหน้าที่ต้อนรับด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและมีกิริยา วาจาสุภาพ ปัญหาข้อขัดข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) สถานที่ตั้งของศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลกอยู่ไกลเขตเมือง ทำให้ผู้รับบริการไม่สะดวกต่อการเดินทางมารับบริการในการนัดครั้งที่ 2 ที่ศูนย์อนามัยที่ 9 2) ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในด้านการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการเจ็บป่วย 3) บริการสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก ไม่เป็นที่รู้จักของประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่รับผิดชอบในเขต 9 พิษณุโลก 4) ขาดโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ ข้อเสนอแนะในการตรวจสุขภาพเชิงรุกควรมีในครั้งต่อไปได้แก่ 1) ทีมตรวจสุขภาพประจำปีควรมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเข้ามาร่วมดำเนินงาน เช่น นักโภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น 2) ควรมีการจัดสรรงบประมาณในด้านการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้องค์กรเป็นที่รู้จักแพร่หลายแก่ประชาชนทั่วไป 3) ควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการประมวลผล และเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป 4) ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก โดยให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกบริการและวิธีการรักษาพยาบาล รวมไปถึงระบบการให้บริการที่สะดวกรวดเร็วมากขึ้น 5) ควรมีการพัฒนากระบวนการให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วโดยการลดขั้นตอนการให้บริการเช่นการจัดให้มีบริการแบบเบ็ดเสร็จ 6) ควรพัฒนารูปแบบ หรือจัดทำแนวทางเพื่อให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการรวมทั้งจัดหาสื่อที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น ความรู้เรื่องไขมันในเลือดสูง เบาหวาน

ดวงพร พูลสุขสมบัติ และคณะ (2548) ได้ทำการสำรวจ สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในข้าราชการทหาร เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประจำปี 2546-2548 โดยสถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์แพทย์ เป็นหน่วยงานที่ทำการดำเนินงานตรวจสุขภาพประจำปีให้ถึงที่ทำงาน โดยหน่วยงานเจ้าของสถานที่จะเป็นผู้ประสานการตรวจคัดกรอง การดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีจัดเป็น 2 โปรแกรมได้แก่โปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

ขึ้นไปและโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปประกอบด้วยกิจกรรม คือ รับประทานไขมัน น้ำหนัก กำลัฟลผู้เข้ารับการตรวจขึ้นเอกสารการสำรวจสุขภาพเพื่อลงบันทึกรหัสการตรวจ รับประทานเลือด และบัตรนัดการเอกซเรย์ปอดตามวันเวลาที่กำหนดภายหลัง วัดความดันโลหิต ซีพีจีร เจาะเลือด ขึ้นตอนสุดท้ายคือตรวจร่างกายกับแพทย์ และจัดส่งผลรายบุคคลให้หน่วยต้นสังกัดเพื่อแจ้งให้กำลัฟลทราบ กำลัฟลเข้ารับการตรวจสุขภาพใน พ.ศ. 2546 - 2548 จำนวน 12,685 ,14,994 และ 16,427 นาย จากหน่วยกองทัพบก 19,26 และ 32 หน่วย ลำดับความชุกของปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ไขมัน โคเลสเตอรอลในเลือดสูงมีความชุกร้อยละ 70-75 ความชุกของไขมัน โคเลสเตอรอล และ LDL-C พบมากในกำลัฟลระดับสัญญาบัตรร้อยละ 77 และ 65 ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มที่ดีคือ มีสัดส่วนการออกกำลัฟลเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มมากในช่วงอายุ 45-54 ปี สัดส่วนของภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงทุกช่วงอายุในปี 2548 พบว่า ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงเป็น 1.33 เท่า การออกกำลัฟลกายจะเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้ทำการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สำรวจโดยสำนักงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัย (สทสอ) (2549)ทำในประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุ ทำการสำรวจตัวอย่างที่ได้ 39,290 คน โดยหนึ่งโรคที่พบบ่อยเป็นปัญหาสำคัญคือภาวะไขมันในเลือดสูงโดยพบว่าความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงจะพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยกรุงเทพมหานครมีความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงที่สุด (ร้อยละ 28 ในผู้ชายและร้อยละ 32 ในผู้หญิง) และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำสุดรวมทั้งสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต่ำที่สุดสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงปัญหาการเข้าถึงสถานพยาบาลได้ลำบากกว่าภาคอื่น ๆ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ให้ความสำคัญต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในพื้นที่ ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงคือการไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาลดไขมัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในกลุ่มผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีร้อยละ 87 ที่ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน ในกลุ่มนี้การรักษาด้วยยามีเพียงร้อยละ 9 ทั่วประเทศ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดำเนินงานด้านการคัดกรองสุขภาพของหน่วยงานในปัจจุบันโดยทั่ว ๆ ไปยังไม่เป็นระบบเบ็ดเสร็จ หมายถึงเมื่อผู้ใช้บริการได้รับการตรวจคัดกรองพบว่าผลการตรวจผิดปกติ ยังมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล การตรวจคัดกรองที่ดำเนินให้ไม่ครอบคลุมถึงการรักษา แต่ในการดำเนินงานของสถานพยาบาลกรมพลศึกษาทหารบก

ในเรื่องของการคัดกรองสุขภาพ สามารถดำเนินการได้อย่างเบ็ดเสร็จ ครบวงจรตั้งแต่ ขั้นตอนแรก สถานพยาบาลได้ประสานหน่วยบริการคัดกรองสุขภาพได้แก่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมแพทยทหารบก มาดำเนินการตรวจคัดกรองให้ถึงที่หน่วยงาน โดยมีพยาบาล และแพทย์ของ สถานพยาบาล กรมพลธิการทหารบกเข้าร่วมในการดำเนินงานด้วย และเมื่อถึงขั้นตอนการแจ้งผลการตรวจ แพทย์ของสถานพยาบาลจะทำการวินิจฉัยผลการตรวจที่ผิดปกติ และสถานพยาบาลจะทำการเรียกผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการรักษาโดยทันที ผู้ใช้บริการไม่จำเป็นต้องไป โรงพยาบาลอีก นอกจากนี้ในรายที่จำเป็นต้องได้รับตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม สถานพยาบาลจะดำเนินการส่งต่อที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยรถพยาบาลของสถานพยาบาล จึงนับได้ว่าการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาล กรมพลธิการทหารบก เป็นบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องในบริการที่เบ็ดเสร็จ ครบวงจร สถานพยาบาลมีศักยภาพเพียงพอในการรักษา ควบคุมโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่อผู้ใช้บริการ สามารถลดความแออัดคับคั่งในโรงพยาบาลได้ ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรวมทั้งยังสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการคัดกรองสุขภาพในด้านการ ค้นหาโรคและ รักษาตลอดจนควบคุมโรคไม่ให้เกิดความรุนแรง

3. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ในปัจจุบันการค้นคว้า แก้ปัญหาเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพงานหรือผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้นกว่าเดิม จำเป็นต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือวิธีการอย่างเป็นระบบจึงมีรูปแบบการวิจัยเกิดขึ้นเพื่อใช้ในการปรับปรุงงาน และแก้ปัญหาในระบบการทำงานเพื่อทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมการวิจัยชนิดนี้ถูกเรียกว่า การวิจัยและพัฒนา มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนาตลอดจนลักษณะของรูปแบบไว้หลายทัศนะดังนี้

สมชาติ โตรักษา (2543: 538) และ รัตนะ บัวสนธ์ (2547: 229) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาเป็น การศึกษาค้นหาความรู้ ความจริง ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ อย่างเป็นระบบและสามารถพิสูจน์ ยืนยันความน่าเชื่อถือของสิ่งที่ค้นพบได้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำสิ่งใดให้ดีขึ้นหรือเหมาะสม ต่างจากการวิจัยอื่นๆตรงที่ต้องการนำสิ่งที่ได้จากการวิจัย เพื่อนำมาพัฒนา งานหรืออาจกล่าวได้ว่า การทำงานประจำให้เป็นผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง คือ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

นุชวรา เหลืองอังกูร (ม.ป.ป.: 1-5) ได้กล่าวถึงการวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงพัฒนาอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งทำในที่ทำงานหรือทำในหน้าที่ของตนเองว่าเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจนักศึกษานำมาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์โดยทำการพัฒนางานในหน้าที่ของตนเอง เรียกว่า การวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงาน (Practitioner Research) ซึ่งหมายถึง การวิจัยที่มุ่งแก้ปัญหาสำคัญที่ผู้วิจัยประสบในฐานะผู้ปฏิบัติงาน โดยอาจทำคนเดียวหรือร่วมกับผู้ปฏิบัติอื่น ๆ ซึ่งสามารถใช้เทคนิคการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพได้ การวิจัยโดยผู้ปฏิบัติการไม่เน้นการทำงานเป็นทีม เน้นการพยายามแก้ปัญหาและตัดสินใจโดยผู้วิจัยเองหรือเพียงอาศัยความร่วมมือของผู้อื่น โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีบทบาทสูงสุด โดยขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ประสบความสำเร็จในงานนั้นเพียงอาศัยหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอาศัยความร่วมมือ (Collaborative Action Research)

ศุภชัย ขวาระประภาส และรศ.ดร.รัตนา เสริมพงศ์ (2547: 155-183) ได้กล่าวถึงการวิจัยและพัฒนาในที่ทำงานหรือการวิจัยในสถานที่ทำงาน (Workplace research) หมายถึงการวิจัยหรือการค้นหาคำตอบ ความจริงอย่างมีระบบด้วยความรอบคอบ และด้วยวิธีที่เชื่อถือได้ตามหลักวิชาการ ในหน่วยงานหรือสถานที่ที่มีการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของหน่วยงานนั้น ๆ วัตถุประสงค์เพื่อการค้นหาคำตอบที่แท้จริง แก้ไขปัญหา และเพื่อพัฒนาหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

สถาบันวิจัยพัฒนาแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายการวิจัยและพัฒนาว่า หมายถึง งานที่มีลักษณะสร้างสรรค์ซึ่งดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มพูนคลังความรู้ ทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับมนุษย์ วัฒนธรรมและสังคมเพื่อประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ รวมทั้งจำแนกการวิจัยได้ 3 ประเภทคือ

1) การวิจัยพื้นฐาน (Basic Research) เป็นการศึกษาทฤษฎีหรือในห้องทดลองเพื่อหาความรู้ใหม่ โดยไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนหรือเฉพาะเจาะจงในการนำผลวิจัยไปใช้

2) การวิจัยประยุกต์ (Applied Research) เป็นการศึกษาหาความรู้ เพื่อหาความรู้ใหม่โดยมีจุดประสงค์ที่จะนำผลวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง

3) การพัฒนาการทดลอง (Experimental Development) เป็นการศึกษาอย่างมีระบบโดยนำความรู้ที่มีอยู่แล้วในการวิจัยหรือจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ ผลผลิตและเครื่องมือใหม่ๆ เพื่อสร้างขบวนการ ระบบ และการให้บริการใหม่ๆ ขึ้นและปรับปรุงสิ่งที่ประดิษฐ์หรือก่อตั้งขึ้นแล้วให้ดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงาน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา มีวิธีการดำเนินการดังนี้ (รัตนะ บัวสนธ์ 2547: 233 : สมชาติ ไตรรักษา 2548: 287-290)

1) วิเคราะห์รูปแบบเดิมของการดำเนินงานหรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ได้แก่การวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อให้รู้ปัญหา สาเหตุ หาแนวทางปรับปรุงงาน แก้ไขงานบริการนั้น ๆ อย่างถูกต้อง ชัดเจนและครบถ้วนในด้านงาน หน่วยงาน และด้านองค์การที่เป็น

ผู้รับผิดชอบงานนั้น หลักการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน (Situation Analysis) ได้แก่การวิเคราะห์ผลงานที่ผ่านมา ปริมาณและคุณภาพงาน ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพการทำงาน ทรัพยากร การวิเคราะห์องค์การใน 4 ด้านคือระบบงาน วัฒนธรรมองค์กร จุดอ่อน จุดแข็ง (สมชาติ โตรักษา, 2543: 12) เครื่องวัดสภาวะการณ์ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล ผลงานประจำเดือน แบบสอบถามความคิดเห็น แบบสัมภาษณ์บุคคลเป้าหมาย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก การใช้เทคนิค Delphi การสัมมนา การประชุมระดมสมอง การสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการปฏิบัติงาน แบบตรวจสอบการทำงาน แบบบันทึกการปฏิบัติงาน

2) ขั้นตอนการพัฒนาได้แก่ การสร้างรูปแบบใหม่โดยรวบรวม ประมวลแนวคิดตามทฤษฎี หลักการ วิธีการ ให้มีความครอบคลุมในปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่ารูปแบบเดิมที่เป็นอยู่ เปรียบเทียบสรุปเพื่อให้เห็นความแตกต่างว่าดีกว่าเดิมอย่างไร

3) ตรวจสอบความตรงตาม โครงสร้างและเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและประเมิน ควรมีผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติอยู่ในพื้นที่ทดลอง 1 คนเพื่อให้ได้คุณภาพตามหลักวิชาการ นำไปปรับปรุงแก้ไข

4) ตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบในระยะก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้บริหารจัดตั้งทีมงานเพื่อบริหารจัดการ ดำเนินงานทดลองใช้ในพื้นที่ทดลอง ให้ทีมงานร่วมกันพิจารณาจุดอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อทำการปรับปรุงจากผู้ปฏิบัติและผู้ปฏิบัติกรในพื้นที่เป็นผู้พิจารณา นำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทำการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้รูปแบบเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด

5) ขั้นตอนการนำรูปแบบไปดำเนินการ (Implementation) การที่จะรู้ว่าสิ่งที่ได้จากการพัฒนามีประสิทธิภาพเพียงใดจำเป็นต้องนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยควรใช้เวลาในการดำเนินงานประมาณ 12 เดือน โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะคือระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะท้าย

6) ติดตามประเมินผล ปรับปรุงรูปแบบ และวิธีการ เมื่อทีมงานทดลองใช้รูปแบบตลอดเวลาในการนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ ทีมงานทำรายงานผล เมื่อทดลองใช้จนครบกิจกรรมที่กำหนดไว้ ทีมงานผู้รับผิดชอบ นำข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ทำการรวบรวม วิเคราะห์ แผลผลสรุปผล ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้รูปแบบวิธีการที่ดีที่สุดทั้งด้านวิชาการ และการปฏิบัติเป็นขั้นตอนการดำเนินงานที่ถือว่าเป็นผลการวิจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง และเมื่อสำเร็จแล้วต้องนำไปเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไปมีผู้ที่เรียกการวิจัยและพัฒนาอีกชื่อหนึ่งว่า R and D and D ซึ่ง D ตัวหลังหมายถึงการเผยแพร่ (Defuse) (ชเนศ ขำเกิด ม.ป.ป.)

จึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึง การใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ วิธีการคิดอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงงานในองค์กรต่างๆ ในองค์กรอุตสาหกรรมจะเป็นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ในที่ทำงานจะเป็นรูปแบบการพัฒนางานที่เป็นปัญหา ปรับปรุงให้ผลิตภัณฑ์ได้ดีกว่าปัจจุบัน จุดมุ่งหมายที่แท้จริงจึงไม่ได้ใช้เพื่อพิสูจน์ทฤษฎีแต่เพื่อพัฒนาปรับปรุงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้น และการจะรู้ว่าวิธีที่ได้มาใหม่หรือผลิตภัณฑ์ที่ค้นคว้า ปรับปรุง ดีหรือไม่จึงจำเป็นต้องมีการทดลองนำไปใช้ และปรับปรุงต่อไปเพื่อให้ได้สิ่งที่ดีและนำไปเผยแพร่ใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคมต่อไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในเรื่องของภาวะไขมันในเลือดสูง มีการศึกษาในหลายลักษณะที่เกี่ยวข้องได้แก่ การศึกษาผลของการจำกัดปริมาณไขมันที่บริโภค โดยการควบคุมตนเองของผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง สถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและทิศทางการวิจัยในประเทศไทย การพัฒนาระบบการติดตามผลการรักษา และการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับอัตราการใช้ยาลดไขมันเพื่อป้องกันโรคหัวใจในรายที่ยังไม่เป็นโรคหัวใจ และความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจของผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ธิดารัตน์ วิเศษจินดาวัฒน์ (2539) ได้ศึกษาถึงผลของการจำกัดปริมาณไขมันที่บริโภค โดยการควบคุมตนเองของผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง :การศึกษา ชุมชนวัดบุญรอด เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำในชุมชนเมืองเป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยกลุ่มทดลอง 15 คนจะได้รับโภชนาศึกษาและกระตุ้นหัวใจให้จำกัดอาหารไขมันที่บริโภคไม่เกินร้อยละ 20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด โดยใช้ตารางเฟื่อระวังเรื่องไขมันที่บริโภคเพื่อกระตุ้นให้เกิดการควบคุมตนเองเมื่อครบ 3 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและบริโภคไม่เกินร้อยละ 20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและคู่มือการเฟื่อระวังอาหารไขมันที่บริโภคด้วยตนเองและพบว่ากลุ่มทดลองน้ำหนักลดลง 0.4-6.3 กิโลกรัม ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง 20.2-100.9 มก./คต. และ 1.5-95.6 มก./คต. ส่วนระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการร่วมกันกับการใช้คู่มือในการเฟื่อระวังอาหารไขมันที่บริโภค ในการจำกัดปริมาณไขมันที่บริโภคทำให้ระดับไขมันในเลือดที่เป็นภาวะเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดแดงอุดตันลดลงทั้งในผู้ชายและผู้หญิง

วิชัย เอกพลากร (2542) ได้ทำการศึกษาถึงสถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และทิศทางการวิจัยในประเทศไทย(Situation of Cardiovascular disease and Research direction in Thailand)พบว่าปัญหาหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับสอง โดยรวมมีผู้เสียชีวิตกว่าปีละ 6.5 หมื่นราย โดยมีการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และ เมาหวานปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ถ้าจัดการป้องกันโดยในโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80-90 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาส ทุพพลภาพสูงมาตรการหลักในการป้องกันจึงประกอบด้วย การดำเนินการระดับประชากรและกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากเศรษฐกิจ สังคม การค้า การเมืองและวัฒนธรรม จากต่างประเทศ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องสร้างและปรับนโยบาย ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นในด้านการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเฉพาะคนและรูปแบบการบริการผู้ป่วยทั้งการตรวจพบเบื้องต้นและการฝึกปฏิบัติวิถีชีวิต ที่ถูกต้อง จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงเฉพาะท้องถิ่น และขยายการศึกษาใน ระดับผลกระทบด้านนโยบายต่อพฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาหาร และการออกกำลังกาย ขยายการพัฒนา รูปแบบเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขาดข้อแนะนำที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านอาหารและการ ออกกำลังกาย เพื่อการปฏิบัติแก่ประชาชน และยังคงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการทางคลินิก แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เน้นในเรื่องการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ทิศทางการวิจัยจะต้องเน้นไปในการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาสู่การควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุดที่เป็น รูปธรรมมากขึ้น โดยประเด็นการศึกษาในเรื่องผลกระทบของนโยบายและแนวทางเศรษฐกิจ ของ ประเทศต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด และแนวทางทางแก้ไขรูปแบบและเนื้อหาการปรับวิถีชีวิต ให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะด้านอาหาร การออกกำลังกาย และจิตใจที่เหมาะสมสำหรับ คนไทยรวมทั้งศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือด สมองและโรคหัวใจแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง รูปแบบการคัดกรองตรวจพบผู้ป่วยเพิ่มเติม และการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รูปแบบการบริการรักษาฉุกเฉิน และรักษาระยะยาวที่ ต่อเนื่อง อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

วัลย์ฉวี หนูยัง กนกวรรณ ทองชุม และระวีวรรณ สายอ่อง (2548) ได้ทำการศึกษาใน โครงการพัฒนาแนวทางการรักษาเพื่อเวชปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาล สหิงพระ จังหวัดสงขลา โดยพัฒนาการติดตามผลการรักษาในทีมงานใช้ประโยชน์จากทะเบียน บันทึกรวันนัดคนไข้ ทำการตรวจสอบการขาดนัดเพื่อติดตามอาการผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยมาตามนัด

ประสานงานกับห้องบัตรมาที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นผู้ซักประวัติ อาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมก่อนพบแพทย์ และบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สรุบบันทึกข้อมูลวิจัยให้ครบถ้วน กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดและมีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ทีมงานเป็นผู้โทรศัพท์ติดตามเพื่อซักถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติม กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดและไม่มีเบอร์โทรติดต่อ ทีมงานได้ประสานงานกับสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบทางวิทยุหรือโทรศัพท์ โดยประสานแจ้งชื่อผู้ป่วย เลขที่บ้าน อาการหรือวันที่บาดเจ็บ และให้เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย เยี่ยมติดตามผู้ป่วย พร้อมแจ้งผลการติดตามผู้ป่วยให้ทีมงานทราบ เพื่อลงบันทึกข้อมูล ทีมงานได้พัฒนา ดังนี้ 1) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเก็บบันทึกข้อมูล 2) จัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) จัดทำใบนัดผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 4) จัดทำเอกสารคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 4) มีการนัดติดตามผู้ป่วยทุกรายคนใช้ที่ไม่มาตามนัด ทีมงานได้ติดตามโทรศัพท์สอบถามอาการและประสานงานกับสถานีอนามัยในการติดตามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมผลการดำเนินงานพบว่า 1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลดีขึ้น โดยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยในโครงการที่ไม่ได้มาตามนัด เมื่อโทรติดตามถามอาการ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกดีใจมากที่โรงพยาบาลสนใจซักถามอาการ สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ไปตรวจตามนัด เพราะสบายดีแล้วและเข้าใจว่าเป็นอันตรายหรือมีภาวะแทรกซ้อน 2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อกันเจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น 3) เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลการทำงานร่วมกันกับสถานีอนามัยในการประสานงานการติดตามกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

สถาบันธัญญารักษ์ (2550) ได้พัฒนารูปแบบการติดตามการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ และไม่นำมาซึ่งความสูญเสียในครอบครัว กระบวนการในการติดตามการรักษาโดยการเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ ทางจดหมาย และขอความร่วมมือจากหน่วยงานในจังหวัดที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยไม่ทำให้รู้สึกถูกคามสิทธิส่วนบุคคล พัฒนามาตรฐานการติดตามทางโทรศัพท์ โดย Phone for Value to new Life (PVL) มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ สวัสดิ์ ค่ะ/ครับ ดิฉัน/กระผม.(ชื่อ-สกุล) เป็นเจ้าหน้าที่ หน่วยงานติดตามการรักษา ของสถาบันธัญญารักษ์ ทางสถาบันธัญญารักษ์มีความเป็นห่วงในสุขภาพของคุณ (ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย) และครอบครัว โกลั้ถึงวันที่เราต้องมาดูแลสุขภาพกันแล้วนะครับ/คะ คุณพร้อมที่จะมาให้เราดูแลสุขภาพของคุณหรือยัง ถ้าคุณยังไม่สะดวกตามวันนัด คุณจะเลื่อนนัดที่สะดวกมาหาเราได้วันไหน ครับ/คะ แต่การเลื่อนนัดของคุณไม่ควรเกิน 1 สัปดาห์นะครับ/คะ ถ้าคุณไม่สะดวกมาหาเรา ทางเรายินดี ที่จะไปให้บริการดูแลสุขภาพของคุณและครอบครัวถึงที่บ้าน งานติดตามการรักษาได้ทดลองใช้รูปแบบ PVL กับผู้ป่วยและครอบครัว 40 ราย/ครอบครัว ที่อยู่ในระยะติดตามการรักษาจำนวน 4 ครั้ง ใน

ระยะเวลา 2 เดือน พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว กลับมาติดตามการรักษา จำนวน 37 ราย และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92.5 ให้ข้อมูลว่า การโทรศัพท์ติดตามการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าเกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในรายที่ติดตามทางโทรศัพท์ไม่ได้ใช้การติดตามการรักษาทางจดหมายรูปแบบการเขียนจดหมายในงานติดตามการรักษา สวัสดิ์ ค่ะ/ครับ ดิฉัน/กระผม...(ชื่อ-สกุล).เป็นเจ้าหน้าที่ หน่วยงานติดตามการรักษา ของ สถาบันธัญญารักษ์ ทางสถาบันธัญญารักษ์มีความเป็นในสุขภาพของคุณ (ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย) และครอบครัว ใกล้ถึงวันที่เราต้องมาดูแลสุขภาพกันแล้วนะครับ/คะ คุณพร้อมที่จะมาให้เราดูแลสุขภาพของหรือยัง ถ้าคุณยังไม่สะดวกตามวันนัด คุณจะเลื่อนนัดที่สะดวกมาหาเราได้ในวันไหนครับ/คะ แต่การเลื่อนนัดของคุณ ไม่ควรเกิน 1 สัปดาห์นะครับ/คะถ้าคุณไม่สะดวกมาหาเรา ทางเรายินดี ที่จะไปให้บริการดูแลสุขภาพของคุณและครอบครัวถึงที่บ้าน ขณะนี้ทางเราไม่สามารถติดต่อคุณได้ หากได้รับจดหมายฉบับนี้ ขอความกรุณาให้คุณช่วยตอบกลับมาถึงงานติดตามการรักษา/หากย้ายที่อยู่กรุณาแจ้งให้เราทราบด้วย ผลการติดตามการรักษา จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีการตอบจดหมายกลับมากลับมาติดตามการรักษา จำนวน 9 ราย จดหมายไม่มีผู้รับตามที่เจ้าหน้าที่ของ 2 ราย, ไม่มีการตอบกลับ/สูญหาย 9 ฉบับผลการดำเนินงานได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วยและญาติเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการติดตามผลมากยิ่งขึ้น

ปีเตอร์ ดับบลิว เอฟ วิลสัน และคนอื่น ๆ (Peter W.F.Wilson, et al., 1998) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับการเป็นความดันโลหิตสูงเพื่อทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971-1974 ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 5,345 คน ชาย 2,489 คน หญิง 2,856 คน อายุระหว่าง 30-74 ปีผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยชายจำนวน 383 คน และผู้ป่วยหญิง 227 คนที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในภายหลังโดยมีการเกิดโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและระดับของโคเลสเตอรอลรวม,แอล ดีแอล โคเลสเตอรอล, เอช ดีแอล โคเลสเตอรอล,อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 001 และพบว่าปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคหัวใจได้แก่ อายุ คนผิวขาววัยกลางคน การเป็นโรคเบาหวาน และการสูบบุหรี่

ไมเคิล แอล จอห์นสัน และคนอื่น ๆ (Michael L. Johnson, et al., 2004) ได้ศึกษาความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำการศึกษาย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998-2001 ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 371,221 คน เป็นเพศชายร้อยละ 90 ร้อยละ 10 เป็นเพศหญิง พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง โรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียวร้อยละ 57.8 เป็นทั้งสองโรคคิดเป็นร้อยละ 30.7 และเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 16 เมื่อทำการสำรวจความชุกของการ

เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีความสัมพันธ์กับการผู้ที่ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและการมีภาวะไขมันในเลือดสูง มากกว่าการเป็นเพียงโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว อีกทั้งยังพบว่า การเป็นโรคความดันโลหิตสูงและการมีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคเส้นเลือดส่วนปลายตีบตันในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

บารัค ซาเฟออร์และชาย โคเฮน (Barak Zafir and Shai Cohen, 2006) ได้ศึกษาถึงการให้ยาลดไขมัน statin เพื่อป้องกันในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจในรายที่ยังไม่ได้เป็นโรคหัวใจ ทำการศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลประเทศอิสราเอลจำนวน 371 คนที่ยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคหัวใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2005 มีปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจคือ เบาหวาน สโต๊ค, โรคหลอดเลือดส่วนปลาย หรือมีปัจจัยเสี่ยง 10 ปีของ Framingham มากกว่า 20 % วัดจากค่าของ lipid profile และใช้ statin รักษา ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยถึง 88 คน (ร้อยละ 20) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงในการที่จะเกิดโรคหัวใจมีอายุเฉลี่ย 71+ 11 ปี ระดับของ LDL-C เฉลี่ย 132+30 mg/dl มีเพียง 17 ราย (ร้อยละ 19) เท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วย statin ตั้งแต่แรกเริ่มและมีจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 22) ที่ได้รับการรักษาด้วย statin ระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย statin ไม่มีความแตกต่างกันในระดับของ LDL-C อย่างมีนัยสำคัญ การใช้ยาลดไขมัน statin เพื่อการป้องกันในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจมีอัตราที่ต่ำกว่าความมาตรฐานที่วางไว้

กล่าวโดยสรุปได้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การจัดการบริการเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่จะต้องทำโดยมีเป้าหมายให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเอง และควบคุมระดับไขมันในเลือดได้เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน การจัดระบบบริการสุขภาพจึงควรมีความครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่เป็นหลัก ตั้งแต่การค้นหาโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมักจะไม่มีอาการแสดงใดๆ จึงทำให้ไม่รู้ตัวมาก่อนจึงมักพบผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นส่วนใหญ่ ระบบการคัดกรองจึงช่วยทำให้ค้นหาโรคได้ก่อนเกิดอาการ รวมทั้งการให้รักษาภาวะไขมันในเลือดสูงในระยะแรกทันทีเป็นสิ่งสำคัญได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตมากเกินไป การสูบบุหรี่ และการไม่ออกกำลังกาย เหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง และเมื่อผู้ให้บริการไม่สามารถควบคุมโรคได้ จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามผู้ให้บริการให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำที่สุดเพื่อให้เกิดประสิทธิผลโดยตรงต่อผู้ให้บริการ เมื่อ

ผู้ใช้บริการสามารถควบคุมโรคได้ก็ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาอีกต่อไป จึงเห็นได้ว่า การจัดระบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเพื่อช่วยทำให้ผู้ใช้บริการสามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง ประสิทธิภาพของการรักษาจึงขึ้นอยู่กับผู้ใช้บริการ และระบบบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นสำคัญ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก นำเสนอวิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และระยะที่ 2 ระยะการดำเนินงาน ทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบใหม่ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก โดยดำเนินการต่อไปนี้

- 1) สัมภาษณ์เจาะลึกเจ้ากรมพลาธิการทหารบกซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น บันทึกคำสัมภาษณ์ ถอดเทปแบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา
- 2) สนทนากลุ่มผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก ได้แก่ แพทย์ประจำสถานพยาบาล พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพ จำนวน 8 คนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันขององค์กร ค้นหาปัญหา และสรุปแนวทางการแก้ปัญหา พัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บันทึกเสียง ถอดเทปแบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา
- 3) สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นลูกจ้างประจำของ กองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ สังกัดกรมพลาธิการทหารบก ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 12 คน ประกอบด้วยผู้ใช้บริการที่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ มาตามนัด รักษาสม่ำเสมอจำนวน 7 คน และกลุ่มผู้ใช้บริการที่ยังมีปัญหาในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ไม่มาตามนัด ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตได้ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 5 คนหัวข้อ เพื่อสำรวจความ

คิดเห็นในเรื่องคุณภาพการบริการ เวลารอคอยในการใช้บริการ ความเหมาะสมในการจัดการเข้ารับ การคัดกรองสุขภาพประจำปี สัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้บริการกับพยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่ บริการส่วนอื่น ๆ เพื่อทำปัญหาในการใช้บริการ และประเมินคุณภาพบริการ บันทึกคำสัมภาษณ์ ถอดเทปแบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

4) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลจากบัตรบันทึกประวัติการรักษาของ ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง รวบรวมข้อมูล การขาดนัด การหยุดยา อาการข้างเคียงที่เกิด จากการใช้ยา ผลลัพธ์ของการควบคุมระดับของไขมันในเลือด และโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นขณะทำการรักษา ข้อมูลสถิติ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีรับบริการที่สถานพยาบาล สังกัด กรม พลาธิการทหารบก ข้อมูลสุขภาพการตรวจร่างกายกำลังพลประจำปีพ.ศ. 2549 รายงานประจำเดือน และประจำปีของสถานพยาบาล โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2549 ถึงมกราคม 2550

5) วิเคราะห์สภาวะการณ์ขององค์กรโดยการใช้ SWOT Analysis เพื่อประเมิน สภาพแวดล้อมภายใน และภายนอกเพื่อระบุจุดอ่อน (Weakness) จุดแข็ง (Strengths) โอกาส (Opportunities) และภาวะคุกคาม (Threats) เพื่อหาประเด็นปัญหา และโอกาสในการพัฒนาองค์กร เพื่อนำผลที่ได้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์ แนวทาง วิธีการที่เหมาะสมในการ วางแผนงานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพื่อการพัฒนาองค์กร ดำเนินการประชุม วิเคราะห์ส่วัดโดยหัวหน้าแผนกพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

6) การสร้างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในเบื้องต้น โดย ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

(1) กำหนดขอบเขตในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าการดำเนินการ ดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาล สังกัดกรมพลาธิการทหารบก ประกอบด้วยระบบย่อย 6 ระบบ ได้แก่

ก. ระบบการคัดกรอง การค้นหาผู้ป่วย การจัดคนเข้าสู่ระบบการคัดกรอง
ข. ระบบข้อมูล การบันทึกข้อมูล การลงทะเบียน บัตรบันทึกผู้ป่วย
ค. ระบบการรักษาและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง การ ขาดนัด การเตือนนัด การติดตามเยี่ยมที่ทำงาน การค้นหาสาเหตุและแก้ไขการไม่มาตามนัด
ง. ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน การให้สุขศึกษา ความรู้ในการดูแล ตนเอง คู่มือการปฏิบัติตัว

จ. ระบบการประเมินผลการรักษา ประเมินอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยา ผลจากการใช้ยา ประเมินการรักษาโดยใช้ระดับของไขมันแอล ดี แอล โคลสเตอรอลน้อยกว่า 130

มิลลิตริ่มต่อเชชิลิตร เป็นเกณฑ์บรรลุป่าหมาย และประเมินความสามารถในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

จ. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม รักษาต่อในราย ที่มีอาการแทรกซ้อน ไปยังสถานบริการสุขภาพอื่นๆตามความสะดวก เหมาะสมของผู้ป่วย

(2) กำหนดกิจกรรมเป็นกรอบการปฏิบัติที่ชัดเจนในระบบย่อยดังกล่าวข้างต้นด้วยการสร้างคู่มือการดำเนินงาน แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ 5 ด้าน 1) ความสะดวก ง่ายต่อการใช้บริการ 2) สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ 3) คุณภาพการบริการที่ได้รับการ ใช้เวลาในแต่ละจุดบริการ เวลาในการเข้ารับการคัดกรองสุขภาพ เวลาในการพบแพทย์ในการได้ คำแนะนำ 4) ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ 5) อรรถาศัย ความสนใจของเจ้าหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ใช้บริการกับพยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่บริการส่วนอื่น ๆ โดยการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ซึ่ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรกเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระบบการคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล นาย สิบพยาบาล และแพทย์ ผู้วิจัยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อ แก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในการตรวจร่างกายประจำปีที่ผ่านมา ความเหมาะสม ในการจัดคนเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และการติดตามผู้ให้บริการที่มีไขมันในเลือดสูงให้เข้า รับการรักษา สรุปรูปเป็นคู่มือการปฏิบัติงาน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานในการคัดกรองสุขภาพซึ่ง ประกอบด้วย การปฏิบัติตนของผู้ให้บริการในการงดอาหาร การรับประทานยา การเก็บปัสสาวะส่ง ตรวจ ฟังการจัดโต๊ะการเตรียมสถานที่ในการตรวจ และการจัดคิวในการตรวจสุขภาพประจำปี

กลุ่มที่สองได้แก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในระบบการรักษาประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลและนายสิบพยาบาลประจำห้องเวชระเบียน และห้องจ่ายยา ผู้วิจัยจัดให้มีการแลกเปลี่ยน แนวทางการปฏิบัติในการทำงาน วางแผนและกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานของเวชระเบียนและ ห้องจ่ายยาร่วมกัน ได้แก่ ระบบเยี่ยมติดตามประเมินและแก้ไขปัญหาคาขาดนัด ระบบการซื้อยา การประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมกันจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงาน มีมาตรฐาน เกิดผลการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

หลังจากการประชุมทั้งสองกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมระหว่างบุคลากรทั้ง สองกลุ่มร่วมกันอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ ได้ข้อสรุปที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ในการประชุมกลุ่มทุกครั้งผู้วิจัยจะบันทึกคำพูด สังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม ถอดเทป แบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

(3) สร้างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยนำข้อมูลที่ได้จัดหมวดหมู่ข้อมูลประเด็นที่สำคัญ แปลความหมายจากข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ รวบรวมข้อมูลที่ได้ทำการสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ร่างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

(4) ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบการดำเนินงานใหม่ ทำการประชุมสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเพื่อทำการตรวจสอบความเหมาะสมของระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงใหม่ซึ่งประกอบด้วยระบบการคัดกรองสุขภาพ การจัดคนเข้ารับการตรวจสุขภาพ ระบบข้อมูลประกอบด้วยการบันทึกข้อมูลของผู้ใช้บริการเพื่อใช้เป็นกลไกการติดตามตรวจสอบในการติดตามให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเข้าสู่ระบบการรักษา ได้แก่ งานเวชระเบียน ซึ่งประกอบด้วย การติดตามแจ้งเตือนในการนัด และการประเมินปัญหาการขาดนัดและติดตามเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา งานรักษาประกอบด้วยการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ และระบบการประเมินผลการรักษาโดยทำการนัดผู้ใช้บริการมารับยาอย่างสม่ำเสมอ และนัดเจาะเลือดเพื่อประเมินผลการใช้ยา โดยใช้เกณฑ์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา ตลอดจนการประเมินความสามารถในด้านการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการเพื่อทำการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อเป็นขั้นตอนนำกิจกรรมไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินงาน ทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบใหม่

ผู้วิจัยนำระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบย่อยต่าง ๆ ตามแนวทางการปฏิบัติงานที่ได้จัดไว้ในระยะที่ 1 มาใช้ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 พัฒนาระบบข้อมูล การบันทึกข้อมูล การลงทะเบียน บัตรบันทึกผู้ป่วย

โดยปรับปรุงระบบข้อมูล ระบบนัด การติดตามนัด ในสถานพยาบาล กรมพลาธิการทหารบกดังนี้

2.1.1 จัดทำระบบบันทึกกำหนดการนัดหมายของแพทย์ หลังได้รับการรักษาของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งประกอบด้วยการบันทึก ชื่อ - นามสกุล หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ กำหนดนัดพบแพทย์ กำหนดรับยา และวันที่ต้องเจาะเลือด เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามการ

รักษา และมอบหมายเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนเป็นผู้โทรศัพท์เตือนผู้ใช้บริการก่อนวันนัดหมาย 1 วัน

2.1.2 จัดทำระบบรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการในสถานพยาบาล รวดเร็วขึ้น ดังนี้

1) กำหนดจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในแต่ละวันให้มีจำนวนพอเหมาะ เพื่อให้ผู้ใช้บริการไม่ต้องใช้เวลาารับบริการนานเกินไป โดยคำนวณจากผู้ป่วยที่นัดหมายตามข้อ (1) ไม่เกินวันละ 10 คน เพื่อลดความคับคั่งในสถานพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

นอกจากนี้เนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกำลังพลของกรมพลธิการทหารบก สามารถเบิกจ่ายยาได้ตามสวัสดิการรักษายาพยาบาล สถานพยาบาลกรมพลธิการทหารบก เป็นผู้แทนของผู้ใช้บริการในการติดต่อรับยาจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและส่งต่อให้ผู้ใช้บริการอีกทอดหนึ่ง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวใช้เวลาอย่างน้อยที่สุด 2 วันทำการ จึงมีการปรับปรุงโดยขอให้แพทย์ผู้ตรวจจ่ายยาให้มีจำนวนเพียงพอจนถึงวันนัดหมายแล้วเพิ่มจำนวนยาสำหรับใช้ อีก 5 วัน เพื่อสะดวกกรณีที่การเบิกจ่ายยาอาจล่าช้า ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับยาครบตามจำนวน

2) เจ้าหน้าที่ส่วนเวชระเบียนเตรียมเวชระเบียนของผู้ใช้บริการที่ถึงกำหนดนัดทั้งหมดล่วงหน้า 1 วัน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ใช้บริการเพื่อค้นหาเวชระเบียนก่อนพบแพทย์

3) จัดทำระบบตรวจสอบผู้ใช้บริการที่ไม่มาตรวจตามนัด โดยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ส่วนเวชระเบียนตรวจสอบรายชื่อผู้ไม่มาตรวจตามนัด โทรศัพท์สอบถามเพื่อประเมินสาเหตุของการขาดนัด พร้อมบันทึกสาเหตุของการขาดนัดไว้ในเวชระเบียน เช่น ไปราชการด่วนในวันนัด เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือพร้อมกันแจ้งวันนัดหมายใหม่แก่ผู้ใช้บริการ

ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ใช้บริการที่ขาดนัดทางโทรศัพท์ได้ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะส่งรายชื่อให้หัวหน้าแผนกฯ เพื่อมอบหมายให้บุคลากรเยี่ยมผู้ใช้บริการ ณ สถานที่ทำงานโดยตรง

2.2 พัฒนาระบบการคัดกรอง การจัดคนเข้าสู่ระบบการคัดกรอง

กองทัพบกมีนโยบายตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่กำลังพลตามสิทธิการรักษาพยาบาล สถานพยาบาล สังกัด กรมพลธิการทหารบกมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพกำลังพล นายทหาร นายทหารชั้นประทวน และลูกจ้างประจำ สังกัด กรมพลธิการทหารบกในช่วงเดือนสิงหาคม ทุกปี จากการศึกษาสถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 พบปัญหาของระบบการตรวจคัดกรอง และการจัดคนเข้าสู่ระบบการคัดกรอง ได้แก่ ผู้มารับการตรวจสอบสุขภาพปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้การตรวจล่าช้า ผลการตรวจคลาดเคลื่อน หรือทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การไม่

รับประทานยาลดความดันโลหิต การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมาตรวจสุขภาพ การเก็บปัสสาวะไม่ถูกต้อง และขาดระบบการนัดหมายหรือกำหนดจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองทำให้ผู้มารับบริการคับคั่งในบางวัน เสียเวลารอนาน ผู้มารับบริการจำนวนหนึ่งจึงไม่ตรวจสุขภาพหรือไปตรวจที่สถานพยาบาลแห่งอื่น

แนวทางการปฏิบัติงานจากการประชุมกลุ่มบุคลากร มีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 จัดระบบคัดกรอง โดยกำหนดวัน-เวลา จัดเวลาการตรวจล่วงหน้าในการตรวจคัดกรองสุขภาพบุคลากรตามหมู่ในหน่วยงาน โดยจัดคิวนัดล่วงหน้า ในขณะที่ระบบเดิมนั้น ผู้ใช้บริการต้องมากดบัตรคิว และรอตรวจสุขภาพตามความสมัครใจ ทำให้ผู้ใช้บริการปฏิบัติงานตามหน้าที่ได้จนถึงเวลานัดหมาย โดยทำการนัดเวลาตรวจเป็นกลุ่มตามหมู่การทำงาน เมื่อถึงเวลาผู้ประสานงานที่กำหนดไว้จะทำการเรียกกำลังพลตามที่กำหนดไว้ สามารถลดเวลาการรอคอยได้ 2 ขั้นตอน นอกจากนี้ยังเพิ่มจำนวนวันตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อลดความคับคั่ง จากเดิมตรวจสุขภาพจำนวน 4 วันซึ่งมีผู้ใช้บริการเฉลี่ยวันละ 250 คน เพิ่มเป็น 5 วัน และกำหนดผู้ใช้บริการเฉลี่ยวันละ 160 คน

2.2.2 มอบหมายบุคลากรของสถานพยาบาลให้ทำหน้าที่ในการประชุมชี้แจง ดำเนินการประชุมชี้แจง ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการเข้ารับการตรวจระบบการนัดหมาย ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนถึงระยะเวลาตรวจสุขภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแจ้งวิธีการติดต่อกับสถานพยาบาลในกรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติมหรือมีเหตุเร่งด่วน

2.2.3 จัดระบบบริการตรวจสุขภาพโดยประสานงานกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก ในการเจาะเลือด เอกซเรย์ปอด และจัดแพทย์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพทั่วไป ร่วมกับแพทย์ของสถานพยาบาล สรุปผลการตรวจสุขภาพรายบุคคลให้กับสถานพยาบาล

ทั้งนี้ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จะได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด ได้แก่ โคลเลสเตอรอลรวม แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยการประเมินทางร่างกายจากแพทย์ ในส่วนของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงรายเดิมที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบกทุกสาย จะต้องมารับบริการตรวจคัดกรองประจำปีด้วย

2.3 พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ดำเนินการ โดยการติดตามผู้ใช้บริการเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามผู้ใช้บริการจากระบบข้อมูลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

2.3.1 สถานพยาบาลคัดแยกผลการตรวจโรค เมื่อสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบกแจ้งผลการตรวจสุขภาพรายบุคคลมายังสถานพยาบาล มอบหมายบุคลากรทำหน้าที่คัดแยกรายชื่อผู้ที่มีผลการตรวจที่ผิดปกติโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้เกณฑ์ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซลิตร และ/หรือ ระดับแอล ดี แอล โคเลสเตอรอล มากกว่า 130 มิลลิกรัม / เดซลิตรและ/หรือ ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัม / เดซลิตร เพื่อให้แพทย์ประจำสถานพยาบาล วินิจฉัยแบ่งกลุ่มที่มีอาการรุนแรงต้องรับการรักษาด้วยยาควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตกับกลุ่มที่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต

2.3.2 ส่งต่อข้อมูลของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทย์วินิจฉัยให้รับการรักษาด้วยยาควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ไปยังส่วนเวชระเบียน เพื่อติดตามมารับการรักษาตามข้อ 1.1 โดยกำหนดวัน เวลา ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงให้เหมาะสมประมาณวันละ 25 คนแบ่งช่วงเวลาเป็นภาคเช้าและภาคบ่าย

2.3.3 กลุ่มผู้ใช้บริการที่แพทย์วินิจฉัยให้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการสำรวจรายชื่อ หมู่ นัดหมายการประชุมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การจัดกิจกรรมให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ใช้บริการอื่นๆ จัดวิทยากรมาบรรยาย และนัดตรวจเลือดติดตามผลโคเลสเตอรอลรวม แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต

2.4 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ในระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยปกติ สถานพยาบาล กรมพลธิการทหารบก จัดส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าด้วยรถพยาบาลประจำหน่วย โดยมีหลักเกณฑ์การส่งต่อดังนี้

2.4.1 ผู้ใช้บริการที่แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องรับการวินิจฉัยเพิ่มเติมเช่น ตรวจอัลตราซาวนด์ตับ และอื่น ๆ

2.4.2 ตรวจพบโรคอื่นๆที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง

การพัฒนาในระบบส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาลอยู่ในระหว่างการค้าเนินการขออนุมัติงบประมาณจากกองทัพบก เพื่อติดตั้งระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งจะมีผลทำให้สถานพยาบาล สังกัด กรมพลธิการทหารบกมีสถานะเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใ้ช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางทันตกรรม

ตลอดจน ระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทั้งหมดในการดำเนินงาน เพิ่มประสิทธิภาพในระบบการส่งต่อมากขึ้น

2.5 การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

แนวทางในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ หลังการคัดกรองสุขภาพประจำปี ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่แพทย์พิจารณาให้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต แต่เดิมจะให้มาพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษาที่สถานพยาบาลแต่ เนื่องจากมีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก และผลของการให้ความรู้ยังไม่สามารถทำให้ผู้ใช้บริการควบคุมระดับไขมันได้ ในการดำเนินรูปแบบใหม่โดยพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อจัดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่สามารถควบคุมไขมันในเลือดได้ และผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้จากการคัดกรอง แลกเปลี่ยนความเป็นไปได้ในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้เหมาะสม การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันในระดับเดียวกันเพิ่มกำลังใจ ความพยายามในการลดอาหารที่มีไขมัน กลุ่มละไม่เกิน 20 คน เวลาในการดำเนินการสนทนากลุ่มไม่เกิน 1 ชั่วโมง บริการถึงที่หน่วยงาน ลดเวลาในการเดินทางมาที่สถานพยาบาล แพทย์มีเวลาในการให้การรักษาผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาได้มากขึ้นกว่าเดิม

ตลอดระยะเวลาการดำเนินการทั้งสองระยะ ผู้วิจัยมีการประเมินรูปแบบการปฏิบัติงานในแต่ละระบบ และบันทึกผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ใน 2 ด้าน ได้แก่

2.5.1 ด้านผู้ใช้บริการ ทำการประเมินผลใน ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามเข้าสู่การรักษา การติดตามนัด โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดในระบบการบริการรูปแบบเดิมกับระบบการบริการรูปแบบใหม่โดยใช้ตัวชี้วัดได้แก่ ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทย์งดยา ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงบรรลุเกณฑ์เป้าหมาย (LDL-C \leq 130 mg/dl)

2.5.2 ด้านระบบบริการ ทำการรวบรวม ข้อมูลจากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2549-2550 เชนาระเบียนผู้ป่วย

1) ประเมินประสิทธิผลของระบบบริการ ตัวชี้วัดได้แก่ ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษา ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงใช้บริการต่อเนื่อง ร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่เข้ารับการรักษา มีระดับ แอล ดี แอล โคลเลสเตอรอล ลดลงเปรียบเทียบระหว่างปี 2549-2550 อัตราการครอบคลุมการตรวจคัดกรองปี 2549-2550 และ เวลาเฉลี่ยในการใช้บริการการตรวจคัดกรองปี 2550 เปรียบเทียบกับปี 2549

2) ประเมินผลลัพธ์ระบบการบริการ ทำการประเมินความคิดเห็นของผู้ให้บริการจากการสนทนากลุ่มในเรื่องการให้บริการสุขภาพในมิติความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ 5 ด้าน

- (1) ความสะดวกง่ายต่อการใช้บริการ
- (2) สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์
- (3) คุณภาพการบริการที่ได้รับการใช้เวลาในแต่ละจุดบริการ เวลาในการเข้ารับการคัดกรองสุขภาพ เวลาในการพบแพทย์ในการได้คำแนะนำ
- (4) ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ
- (5) อรรถาศัย ความสนใจของเจ้าหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ พยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่บริการส่วนอื่น ๆ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ

3.1.2 ปริมาณของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาหลังจากการคัดกรอง ร้อยละของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงใช้บริการต่อเนื่อง ร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทย์งดยา ร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่บรรลุปเป้าหมาย อัตราการครอบคลุมผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองคำนวณโดยใช้สูตรดังนี้

ร้อยละของผู้ที่มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ที่มาตรวจตามนัดทุกครั้งในรอบ 6 เดือน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการรักษา}}$$

ร้อยละของผู้ใช้บริการที่แพทย์งดยา

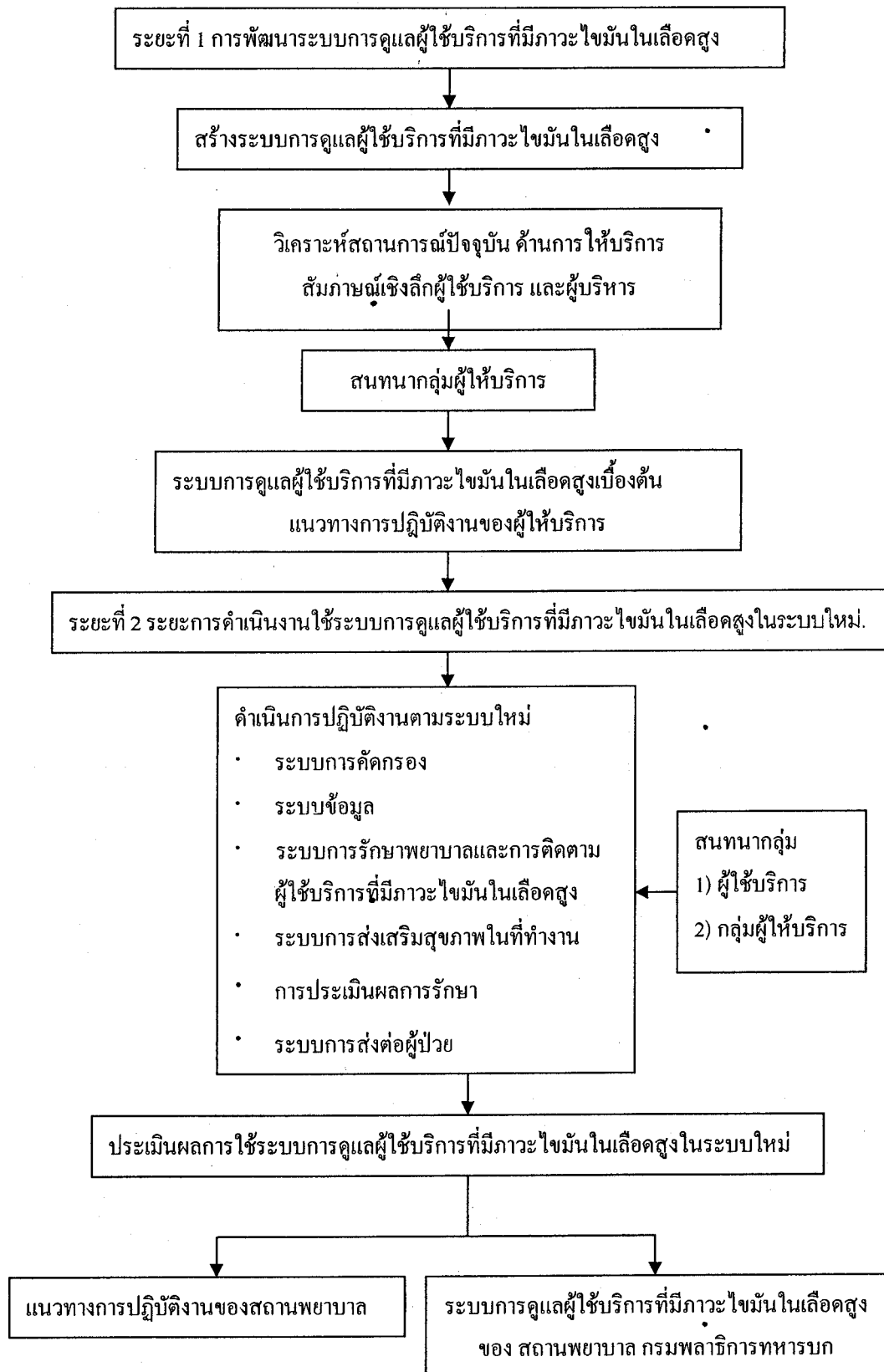
$$= \frac{\text{ผู้ที่มีผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้รับวินิจฉัยให้งดยา} \times 100}{\text{ผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่รับประทานยาทั้งหมด}}$$

ร้อยละของผู้ใช้บริการที่บรรลุปเป้าหมาย

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ให้บริการที่มีระดับ LDL-C} \leq 130 \text{ mg/dl} \times 100}{\text{จำนวนผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่เข้ารับการรักษา}}$$

$$\text{อัตราครอบคลุมการตรวจคัดกรองสุขภาพ} = \frac{\text{จำนวนผู้ใช้บริการที่ได้รับการตรวจคัดกรอง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด}}$$

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ของผู้ใช้บริการทั้ง 12 คน และผู้บริหารระดับสูง ลงรหัสข้อมูล แยกข้อมูลจากความหมายของข้อความแยกเป็นกลุ่มข้อมูล สรุปประเด็นจากกลุ่มข้อมูลที่ได้ นำเสนอประเด็นสำคัญ ที่เป็นประเด็นหลักในกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อให้ผู้ให้บริการของสถานพยาบาลร่วมกันตรวจสอบหาความชัดเจนในข้อมูลที่ได้ และนำไปสรุปเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเบื้องต้น



ภาพที่ 3.1 สรุปการดำเนินงานขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงแบ่งการดำเนิน เป็น 2 ระยะ คือ ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และระยะการ ดำเนินงาน ทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันใน เลือดสูงในระบบใหม่ โดยดำเนินการในระบบใหม่ที่พัฒนาได้ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนสิงหาคม 2550 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน

1. ผลการศึกษาในระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพเดิม โดย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารระดับนโยบาย และ ผู้ใช้บริการจำนวน 12 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการทั้งหมด 8 คน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจุบันขององค์กรด้วยวิธี SWOT Analysis และทำการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเพื่อสร้างรูปแบบ การดำเนินงานในระบบใหม่ จัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการ ผลการศึกษา นำเสนอตามลำดับดังนี้

1.1 ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแล ผู้ใช้บริการ โรคเรื้อรังสามารถสรุปได้ดังนี้

1.1.1 การจัดการบริการที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ที่มมีปัญหาสุขภาพเฉพาะกลุ่มเป็น สิ่งจำเป็น โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัด นครพนม (2544) พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้การควบคุมเบาหวาน ได้ผลดียิ่งขึ้น เนื่องจากการจัดการบริการเฉพาะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการได้ตรงกับความต้องการ รวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน รวมทั้งสามารถจัดให้ได้รับคำแนะนำหรือความรู้ที่เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้จุดที่ช่วยให้รูปแบบดังกล่าวประสบความสำเร็จคือ การจัดการบริการที่เน้น กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ซึ่งช่วยให้ได้รูปแบบการบริการที่สอดคล้อง

กับความต้องการทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการและเกิดประสิทธิภาพในการรักษาอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ผลการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสุรเกียรติ์ อชานานุภาพ และคณะ (2542) เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 แห่ง พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ คือ การขาดระบบบริการเฉพาะกลุ่มทำให้การให้สุขศึกษาเพื่อให้อุบัติการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ผลเท่าที่ควร นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากไปใช้บริการในโรงพยาบาลทำให้เกิดความคับคั่ง ผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวก และยังขาดการประสานงานในเครือข่ายสถานบริการ ทั้งในด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่ายและการประสานงานการดูแลร่วมกัน

1.1.2 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านใกล้ใจเป็นกุญแจสำคัญในการให้บริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวันภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ศึกษาผลของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ของจอนพะจง เฝิงจาด และคณะ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐาน และ ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และคำปรึกษาพยาบาลไม่แพง การบริการที่กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจคือ การรอพบแพทย์นาน และการไม่ได้รับการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นของสุวรรณชัย วัฒนาอังกูรชัย และคณะ (2546-2547) พบว่า การให้บริการที่สถานีอนามัยมีประสิทธิผลต่อผู้ใช้บริการมากกว่าโรงพยาบาลในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา มาตามนัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถจัดระบบบริการที่สถานีอนามัยได้ดีกว่าโรงพยาบาล ส่วนในด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตในระดับที่ยอมรับได้ระหว่างสถานีอนามัยกับโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันมาก ที่สำคัญในการรับบริการที่สถานีอนามัยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านค่าอาหาร ค่ารถ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น ระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการที่สถานีอนามัยจึงอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก จึงเห็นได้ว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถจัดให้บริการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.3 เพื่อประสิทธิภาพของการให้บริการอย่างต่อเนื่องต้องมีการประสานเครือข่ายบริการโดยมีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน การดำเนินการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยพัฒนาศักยภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการเกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังเช่นการพัฒนาแนวทางการรักษาเพื่อเวชปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเบาหวานที่

ศิริชนะในโรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลาของ วลัยฉวี หนูยัง กนกวรรณ ทองชุม และระวีวรรณ สายอ่อง (2548) พบว่าการพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานจำเป็นต้อง 1) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเก็บบันทึกข้อมูล 2) จัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) จัดทำใบนัดผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 4) จัดทำเอกสารคำแนะนำเรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 4) ติดตามผู้ป่วยทุกรายและ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคณะ (2542) พบว่าอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลและสถานีนอามัยคือการขาดแนวทางมาตรฐานในการดูแลทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานหรือคู่มือการดำเนินงานสำหรับผู้ให้บริการและจัดคู่มือการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ การมีแนวทางการปฏิบัติงานจึงมีความจำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.1.4 ระบบติดตามผู้ป่วยมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาระบบการติดตามนัดเพื่อให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง การติดตามนัดช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การติดตามนัดมีหลายวิธีเช่น โทรศัพท์ จดหมาย การส่งข้อความผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ ดังเช่นที่สถาบันวิจัยวิจัย (2550) ได้พัฒนารูปแบบการติดตามการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำการพัฒนามาตรฐานการติดตามทางโทรศัพท์ โดยใช้ Phone for Value to new Life (PVL) และมอบหมายทีมงานเฉพาะทำการติดตามโดยระบบโทรศัพท์และวิธีส่งจดหมายจากการติดตามด้วยโทรศัพท์พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92.5 ให้ข้อมูลว่า การโทรศัพท์ติดตามการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าเกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วยและญาติเพิ่มมากขึ้น

1.1.5 การพัฒนาระบบข้อมูลการรักษาพยาบาลให้เป็นระบบช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแล ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกันจำเป็นต้องมีกลไกการส่งต่อและส่งกลับทำให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่อง มีระบบข้อมูลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงที่สถานีนอามัย (สุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย และคณะ 2544) ได้ทำการพัฒนาระบบสารสนเทศขึ้นเพื่อจัดการในระบบการรักษาพยาบาลระหว่างสถานีนอามัยและโรงพยาบาลเพื่อให้การประสานงานระหว่างกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสถานีนอามัยจะทำการส่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้โรงพยาบาลทำการรักษาและโรงพยาบาลจะส่งกลับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมารักษาต่อเนื่องที่สถานีนอามัย หากผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะถูกส่งไปยังโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ สุรเกียรติ

อาชานานุภาพ และคณะ (2542) พบว่าปัญหาในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างสถานีนอนมัยกับโรงพยาบาลขาดกลไกการส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการกลับไปรักษาที่สถานีนอนมัยใกล้บ้านรวมทั้งขาดการประสานงานระหว่างสถานีนอนมัย และ โรงพยาบาลเกิดความคับคั่งในการใช้บริการที่โรงพยาบาล

1.1.6 การจัดระบบการคัดกรองให้มีความสะดวกและรวดเร็วเพื่อช่วยให้ผู้มีปัญหาสุขภาพได้รับการรักษาโดยเร็ว การตรวจคัดกรองเป็นกลยุทธ์หลักของการป้องกันทุติยภูมิเพื่อค้นหาโรคก่อนปรากฏอาการให้เห็นและทำการรักษาในระยะแรกหรือทันทีที่พบโรค โดยระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นระบบการบริการเชิงรุก เบ็ดเสร็จครบวงจร ดำเนินการ โดยมีขั้นตอนที่น้อยที่สุด และผลการตรวจสุขภาพควรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อทำการประมวลผลเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการ และผู้ใช้บริการสามารถเลือกการตรวจที่ต้องการได้ ดังเช่น การดำเนินการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก (2549) ที่ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้ที่มิใช่น้อยกว่า 35 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ดำเนินการนอกและในสถานที่พบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการบริการแต่ การคัดกรองสุขภาพยังคงไม่เบ็ดเสร็จครบวงจรเนื่องจากต้องเข้ามารับการบริการที่ศูนย์ซึ่งอยู่ไกล ยังไม่เป็นที่รู้จัก ในการตรวจคัดกรองยังขาดเทคโนโลยีสารสนเทศในการประมวลผลการตรวจ และผู้รับบริการยังไม่สามารถเลือกบริการ และวิธีการรักษาพยาบาลที่ต้องการได้ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว โดยการลดขั้นตอนจัดให้มีบริการแบบเบ็ดเสร็จ และจัดทำแนวทางเพื่อให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการรวมทั้งจัดหาสื่อที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้

1.1.7 การรักษาพยาบาลต้องควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค การให้บริการส่งเสริมสุขภาพควรให้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการจึงจะเกิดผลในทางปฏิบัติเช่น ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัด นครพนม (2544) ได้ปรับเปลี่ยนแปลงการให้การส่งเสริมสุขภาพจากการให้แบบทางเดียว โดยไม่มีการประเมินจากความต้องการของผู้ป่วย มาเป็นการจัดทำกลุ่มในผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพบว่ามีประสิทธิภาพผลดีกว่าทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองระหว่างกันและช่วยเหลือทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน และการให้การส่งเสริมสุขภาพนอกจากจะให้แก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพแล้วควรดำเนินการให้กับผู้ที่มีสุขภาพดีด้วยเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้มากขึ้น เช่น ในการศึกษาของจอมนะจง เพ็ญจาดและคณะ (2547) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวันภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนศูนย์บริการสาธารณสุข สิบหกชุมชน พบว่า มีการให้บริการสุขภาพกับประชาชนที่มีสุขภาพดีด้วย โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยบริการสุขภาพเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน

1.1.8 กลไกความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลเฉพาะโรคให้เกิดความยั่งยืนประกอบด้วย

1) ความร่วมมือของผู้ใช้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ เช่น การวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ของ สุวรรณชัย วัฒนาธิงเจริญชัย และคณะ (2540-2541) พบว่าประเด็นความสำเร็จส่วนหนึ่งคือการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายโดยมีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งมีโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่ดีรองรับ มีทีม และการประสานงานที่ดี โดยโรงพยาบาลต้องเป็นพี่เลี้ยงให้กับสถานีอนามัย และในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัด นครพนม (2544) ก็เช่นกันพบว่า ความสำเร็จในการพัฒนาอยู่ที่ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

2) การสนับสนุนจากผู้บริหาร จากการสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุกภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของชนินฐา นันทบุตรและคณะ (2547) พบว่า ส่วนใหญ่การจัดบริการสุขภาพเป็นการจัดบริการตามความต้องการของแต่ละพื้นที่องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความสำเร็จคือ ผู้บริหารต้องมีแนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยมีระบบสนับสนุนประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องและมีระบบการตอบแทน การพิจารณาความดีความชอบ ค่าตอบแทนในเรื่องต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีระบบกรบันทึกข้อมูล ระบบรายงานมีความกะทัดรัด มีข้อมูลที่เป็นเชื่อถือได้เป็นสำคัญ

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับนโยบาย และผู้ใช้บริการ มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับนโยบาย

ได้แก่ เจ้ากรมพลาริการทหารบก นโยบายการให้การบริการสุขภาพ มีดังนี้

1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพโดยสนับสนุนให้กำลังพลรักษาสุขภาพตนเอง โดยมีสถานพยาบาลให้การสนับสนุน

(1) ให้กำลังพลทุกคนออกกำลังกายทุกบ่ายวันพุธตามที่กำลังพลสนใจ

(2) ดำเนินการจัดตั้งชมรมแอโรบิคด้านซ์

(3) ให้ความรู้แก่กับกำลังพลอย่างสม่ำเสมอ โดยให้สถานพยาบาลเชิงวิทยากรมาดำเนินการให้ความรู้

(4) กำหนดให้กรมพลาธิการทหารบกเป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่

(5) ส่งเสริมให้ร้านอาหารประจำกรมพลาธิการทหารบก มีอาหาร

สุขภาพจำหน่าย

“ก็น่าจะมีการรณรงค์เรื่องร้านอาหารเรื่องการกินอาหาร ควรจะมีร้านอาหารมังสะวิรัตหรืออาหารสุขภาพอะไร”

“ในส่วนที่สองก็คือ กำลังพลต้องรักษาสุขภาพตัวเองด้วยใช้”ใหม่”

“น่าจะส่งเสริมต่อไป แอโรบิคแดนซ์ จัดตั้งเป็นชมรม”

“ส่วนผู้บังคับบัญชาก็นำมาผลักดันเป็นนโยบายต่อไปเพื่อให้กำลังพลมีโอกาสได้ปฏิบัติการร่วมกันก็เป็นผลดีแก่สุขภาพกำลังพลในระยะยาว”

ผู้บริหารระดับนโยบาย

2) นโยบายส่งเสริมการดำเนินงานของสถานพยาบาลให้มีทรัพยากรเพียงพอ และการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมต่อบริการรถพยาบาลกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทำให้สถานพยาบาลกรมพลาธิการทหารบกมีสถานะเป็นเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สามารถใช้ทรัพยากรด้านยา เวชภัณฑ์ และระบบข้อมูลสารสนเทศร่วมกัน

“อยากจะทำให้ออนไลน์ได้ก่อน”

ผู้บริหารระดับนโยบาย

3) นโยบายลดอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพ โดยให้สถานพยาบาลดำเนินการจัดทำบัตรเบิกตรงกรมบัญชีกลางของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าให้แก่กำลังพลทุกคน เพื่อให้กำลังพลทุกคนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอื่น ๆ

“อยากจะทำให้แผนกพยาบาลทำให้ได้คือ โครงการของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการเบิกจ่ายตรงไม่ต้องเอาใบส่งใบเสร็จมาเบิก”

ผู้บริหารระดับนโยบาย

1.2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ใช้บริการจำนวน 12 ราย

ในเรื่องของปัญหาในการใช้บริการสุขภาพของสถานพยาบาล มีประเด็นปัญหาดังนี้

1) ปัญหาในระบบการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีพบว่า

(1) ในการใช้บริการการตรวจคัดกรองมีขั้นตอนหลายขั้นตอนทำให้เสียเวลาในการรอคอย เสียเวลาทำงาน โดยเฉพาะขั้นตอนการรับบัตรคิวเป็นขั้นตอนที่เสียเวลามากที่สุดจากการสัมภาษณ์พบว่า

“จะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องคิว ผมต้องมารอรับคิวตั้งแต่เช้า คลังยังไม่เปิด ต้องยืนเข้าแถวรอยาวเหยียดเลย คือแจกคิวก่อนดีกว่า ไม่ใช่รับคิววันนั้น”

ผู้ให้บริการ

(2) ปริมาณผู้เข้ารับการตรวจไม่เหมาะสมโดยมีปริมาณต่อวันถึง 250 คน ทำให้เสียเวลารอคอยการตรวจ

“คนมันเยอะ คนเยอะเกิน น่าจะจัดเป็นชุด ๆ”

“รอคิวนาน ช้าเพราะคนที่มาใช้บริการมาก ไม่มีค่าใช้จ่ายแตรอนาน”

ผู้ให้บริการ

2) ปัญหาของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบการรักษา ได้แก่

(1) ปัญหาการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ เมื่อสอบถามสาเหตุการขาดนัดพบว่า

“ทำบัตรนัดหายจำวันนัดไม่ได้” “ลืมวันนัด ยายังเหลืออยู่”

“ไปราชการด่วน”

ผู้ให้บริการ

(2) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงหยุดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เมื่อผู้บริกรมีอาการไม่สบายจากการใช้ยา ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะไม่กลับมารับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ ตัดสินใจหยุดรับประทานยาเอง จากการสัมภาษณ์พบว่า

“กินแล้วเวียนหัว เลยไม่ยากกิน มันน่าจะเกี่ยวกับ”

ผู้ให้บริการ

3) ปัญหาของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

(1) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงไม่สามารถปรับเปลี่ยนในเรื่องของพฤติกรรมดำรงชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหารไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์พบว่า

“ก็มาพบแพทย์ให้ลดเองไม่ได้ ลดไม่ลง ลองลดคุณเดือนหรือสองเดือนแล้ว”

“ให้ทานพวกอาหารที่ต้ม นึ่ง อาหารที่ต้มหรือว่านึ่งมันทำไม่ได้ ใช้อย่าง
ขนมก็เหมือนกัน ไม่ให้ทานขนมกะทิ อดไม่ได้ น้ำหนักก็ไม่ลดเลย หมอก็สั่งยา”

ผู้ให้บริการ

(2) ผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงขาดความเข้าใจและตระหนัก
ในความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ ไม่สม่ำเสมอ เมื่อยาหมดไม่มารับการ
รักษาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากไม่มีอาการป่วยใด ๆ

“ไม่เห็นมีอาการเลย เลย ๆ”

“ยังไม่กินยานะ สูงมาตลอด มันไม่มีอาการด้วยใจ ก็เลยรู้สึกไปเองว่าไว้
ก่อน ไม่เห็นเป็นอะไรเลย หมอที่นี้คุยให้ฟัง ป้าเป็นคนถามนะ เพราะอะไรมันถึงได้สูง ถามหมอ
หมอก็อธิบายให้ฟัง เมื่อก่อนสมัยอายุน้อย ๆ มันต่ำนะ เออแล้วมันสูงได้ไง”

ผู้ให้บริการ

1.3 การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ พบประเด็นปัญหาในการให้บริการด้านการคัดกรอง
สุขภาพ และด้านการรักษา ได้แก่ การขาดนัด ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการรักษา
อย่างต่อเนื่อง และการขาดความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับเปลี่ยนการดำเนิน
ชีวิต ดังนี้

1.3.1 ปริมาณผู้ที่เข้ารับการตรวจมีจำนวนไม่เหมาะสม เนื่องจากจำนวนผู้ที่เข้ารับ
การตรวจสุขภาพมีปริมาณมากถึงวันละ 250 ราย ทำให้ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการใช้ในการตรวจคัด
กรองนานเฉลี่ยรวมประมาณ 2 ชั่วโมง และปริมาณผู้ให้บริการมีจำนวนมากเกินไปให้ แพทย์เกิด
ความอ่อนล้าและเครียดในการทำงาน เนื่องจากต้องเร่งรีบในการตรวจ

“มันรู้สึกกดดันจากการที่ผู้ให้บริการมารอเข้าแถวยาว คุยกันเสียงดังรบกวนการ
ทำงาน”

ผู้ให้บริการ

1.3.2 การเตรียมตัวเข้ารับการตรวจสุขภาพไม่ถูกต้อง ทำให้ผลการตรวจ
คลาดเคลื่อนหรือต้องตรวจซ้ำ สิ้นเปลืองงบประมาณ และเวลาที่ใช้ในการให้บริการส่งผลให้
ผู้ให้บริการได้รับความสะดวกลดลง และรอคอยนานขึ้น

“ผู้ให้บริการจำนวนมากมีค่าของความดัน โลหิตคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง
เนื่องจากการไม่ได้พักก่อนการวัด และความเครียดจากการรอคอย”

“ความดันสูงเป็นแถวเลย คนหนึ่งวัดความดันคนละหลายครั้ง ต้องเสียเวลาพักใหม่
อีกนานประมาณ 10-15 นาทีเพื่อวัดซ้ำทำให้เสียเวลา คิวยาวขึ้น”

ผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งต้องมีการเตรียมตัวในการตรวจร่างกายเป็นพิเศษกว่าผู้บริการอื่นๆยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการรับประทานยาก่อนการตรวจได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรับประทานยาก่อนอาหารทำให้เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำเนื่องจากการรอคอยการเจาะเลือด ผู้ใช้บริการที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับประทานยามาก่อน การรอคอยในการตรวจร่างกายเป็นเวลานานทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติ

“ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการใจสั่น จะเป็นลม ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมื่อวัดความดันโลหิตพบว่าความดันโลหิตสูงมากเนื่องจากไม่รับประทานยาเพราะเข้าใจว่าต้องเจาะเลือดก่อนแล้วกินยาหลังอาหาร”

ผู้ให้บริการ

1.3.3 ผู้ใช้บริการมีอุปสรรคในการเข้ารับการรักษา จากการสำรวจฉบับต้นทีกใน ผู้ใช้บริการพบว่า มีการขาดนัดรับยา ขาดการเจาะเลือด ในช่วงสัปดาห์ที่สี่ของเดือนเป็นจำนวนมากกว่าสัปดาห์อื่นๆ จากการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการในประเด็นสาเหตุของการขาดนัดพบว่า

“ก็ตามนะคะ แต่คนไข้บอกว่าเอาไว้ต้นเดือน แต่ถามไปถามมาปรากฏว่าไม่มีเงินจ่ายไปก่อน รอได้”

ผู้ให้บริการ

1.3.4 ผู้ใช้บริการขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระบบการจัดซื้อยาของสถานพยาบาลต้องใช้เวลาดำเนินการจัดซื้อ 2 วันทำการ เมื่อผู้บริการมาเมื่อยามหมดพอดีทำให้ไม่สามารถจัดซื้อได้ทันเวลา เมื่อสอบถามการแก้ปัญหาของผู้บริการห้องจ่ายยา จากการสนทนาพบว่า

“ซื้อยาให้ไม่ทัน ต้องหาขามีอยู่ให้ขี้มไปก่อน บางทีก็ไม่มีก็ต้องขาดยา ถามว่าทำไมไม่มาก่อน คนไข้บอกว่าลืมบ้าง ทำบัตรนัดหายบ้าง ผมก็ถามนะว่าให้ผมช่วยเดือนไหม คนไข้ก็บอกว่าดีชอบนะมีคนเตือน แต่อย่าประกาศหน้าแถวเพราะเพื่อนจะล้อว่าเป็นโรคไม่ยอมให้ใครรู้ว่า เป็นโรค โทรมาก็ได้”

ผู้ให้บริการ

1.4 ผลการการสำรวจฉบับต้นทีกประวัติของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2549 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลปัญหาในการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มาใช้บริการสุขภาพ พบประเด็นปัญหาในการให้บริการสุขภาพในระบบเดิมดังนี้

1.4.1 ขาดการบันทึกข้อมูลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ภายหลังจากการคัดกรองสุขภาพ สถานพยาบาลจะจัดส่งผลการตรวจให้แก่ผู้ใช้บริการและเรียกผู้ใช้บริการที่มีความผิดปกติให้เข้ารับการรักษาโดยไม่ได้ทำการบันทึกรายชื่อผู้ที่ต้องมาพบแพทย์ รวมทั้งไม่มีการบันทึกรายชื่อผู้ที่เข้ามารับการรักษาและขาดการรักษา

1.4.2 ขาดการบันทึกรายชื่อผู้ป่วยนัดเจาะเลือดและนัดรับยา

1.4.3 ระบบการจัดซื้อยาไม่สะดวก ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมาพบแพทย์เมื่อยามหุดพอดี สถานพยาบาล ไม่มียาลดไขมันจำหน่าย แต่จะเป็นตัวแทนในการซื้อยาให้จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้เวลาประมาณ 2 วันทำการ จึงทำให้ผู้ใช้บริการไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องต้องขาดยาประมาณ 2 วัน

1.4.4 ผู้ใช้บริการขาดการร่วมมือขาดในการรักษา ได้แก่ ไม่มาตามนัด รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ จากการสำรวจความร่วมมือในการรับการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ใช้บริการพบว่า หลังจากสถานพยาบาลแจ้งผลการตรวจเลือดว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงและให้มารับการรักษา มีผู้ใช้บริการเข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 48 เท่านั้น รวมทั้งเมื่อรักษาได้ระยะหนึ่งจะมีพฤติกรรมขาดนัดมาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 80.28

1.4.5 ผู้ใช้บริการที่แพทย์วินิจฉัยให้หยุดยาต้องกลับมารับประทานยาใหม่ จากการสำรวจบันทึกสุขภาพพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการวินิจฉัยให้หยุดยาได้เพียง 3 เดือน เมื่อทำการประเมินผลด้วยระดับไขมันในเลือด และประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตด้วยตนเองของผู้ใช้บริการ ผลการประเมินส่วนใหญ่ต้องกลับมารับประทานยาอีกเนื่องจากไม่สามารถควบคุมไขมันในเลือดได้ด้วยตนเอง โดยมีเพียงร้อยละ 4.22 ที่สามารถงดยาและในเพศชายไม่มีใครได้รับการวินิจฉัยให้หยุดยา

1.4.6 ผลการตรวจสุขภาพประจำปีมีความคลาดเคลื่อน

- 1) ผลการตรวจปีสภาวะพบเม็ดเลือดแดงในปีสภาวะในผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากเมื่อทำการสอบถามข้อมูลผู้ใช้บริการรายบุคคลพบว่าเกิดจากการเก็บปีสภาวะขณะมีประจำเดือน
- 2) ปีสภาวะมีเชื้อปนเปื้อนเนื่องจากเก็บปีสภาวะไม่ถูกต้อง
- 3) พบอุบัติการณ์ความชุกของความดันโลหิตสูงผิดปกติเมื่อติดตามให้มาทำการวัดซ้ำใหม่ที่สถานพยาบาลพบว่าค่าของความดันโลหิตเป็นปกติ

1.5 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันขององค์กร สถานพยาบาลได้ดำเนินการประชุมวิเคราะห์ส่วตัวร่วมกันระหว่างหัวหน้าแผนกพยาบาลและผู้บริหารปฏิบัติงานของสถานพยาบาล จำนวน 8 คน โดยใช้เทคนิคของ SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ภายนอก และวิเคราะห์

สภาพแวดล้อมทั่วไป วิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ โดยการประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อระบุ จุดแข็ง จุดอ่อน และประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกขององค์กรเพื่อระบุปัจจัยโอกาสและข้อจำกัดหรืออุปสรรค นำผลการวิเคราะห์ที่ได้มากำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานขององค์กร ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

สถานพยาบาลกรมพลธิการทหารบก เป็นสถานพยาบาลประจำหน่วยงาน สังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นระดับหน่วยธุรกิจของกองบริการและสนับสนุนทั่วไป กรมพลธิการทหารบก สาขาการบังคับบัญชาขึ้นกับกรมพลธิการทหารบก มีภารกิจหลักในการให้การดูแลสุขภาพแก่กำลังพลในขณะปฏิบัติงาน การรักษาพยาบาลจัดเป็นสวัสดิการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆงบประมาณในเรื่องยาและเวชภัณฑ์ในปัจจุบันได้รับการสนับสนุนงบบริจาคจากสหกรณ์อ้อมทรัพย์ การรักษาด้วยยายังไม่ครอบคลุมทุกโรค จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินงานของแผนกพยาบาล โดยการทำSWOT Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในดำเนินงานของหน่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ขององค์กรในปัจจุบันผลจากการวิเคราะห์ SWOT Matrix สถานพยาบาลได้กำหนดและจัดทำเป็นแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินงานของแผนกพยาบาล กรมพลธิการทหารบกโดยการทำ SWOT Matrix ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ SWOT Matrix

<p>ปัจจัยภายนอก</p> <p>ปัจจัยภายใน</p>	<p>Opportunities</p> <p>1)นโยบายเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของกองทัพบก เน้นการส่งเสริมการป้องกันโรค</p> <p>2)นโยบายการเบิกตรงของกรมบัญชีกลางเพิ่มการเข้าถึงการใช้บริการในสถานพยาบาลมากขึ้น</p> <p>3)นโยบายกองทัพบกกำหนดให้กำลังพลกองทัพบก ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกคน</p>	<p>Threats</p> <p>1) ถูกตัดงบประมาณทั้งหมด</p> <p>2) คนในชุมชน ต่างคนต่างอยู่ รายได้ไม่เพียงพอต้องประกอบอาชีพเสริม ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารและทำกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกัน</p> <p>3) ขาดการสนับสนุนจากกรมแพทย์ทหารบกในเรื่องเกี่ยวกับกิจการสายแพทย์และงบประมาณฯ และเวชภัณฑ์ เพื่อให้บริการพลทหาร</p>
<p>Strengths</p> <p>1) สถานที่ตั้งอยู่ในที่ทำงาน สะดวกต่อการเดินทาง</p> <p>2) เจ้าหน้าที่ที่มีความคุ้นเคยกับชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเป็นเวลานาน</p> <p>3) ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความขัดแย้งมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน</p> <p>4) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาเป็นอย่างดีในเรื่องของนโยบายและงบประมาณ</p> <p>5) ระบบการดำเนินงานไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>SO Strategies</p> <p>1) พัฒนาให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน PCU (primary care unit)</p> <p>2) พัฒนาระบบบริการเชิงรุก</p> <p>3) โครงการพัฒนาระบบเครือข่ายกับ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า ทำให้สถานพยาบาลมีสถานะเป็นเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนฯและเวชภัณฑ์ รวมทั้งระบบสารสนเทศเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการมากขึ้น</p> <p>4) พัฒนานวัตกรรมในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>ST Strategies</p> <p>1) เข้าร่วมโครงการระบบเครือข่ายกับ ร.พ.พระมงกุฎเกล้าทำให้สถานพยาบาลมีสถานะเป็นเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนฯและเวชภัณฑ์ รวมทั้ง ระบบสารสนเทศ</p> <p>2) พัฒนาผู้นำชุมชนเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง</p> <p>3) พัฒนาระบบการบริการเชิงรุก</p>
<p>Weaknesses</p> <p>1) อัตราแลศักรมถูกปิด และโครงสร้างหน่วยงานขาดอัตราผู้ช่วยทันตกรรม</p> <p>2) ขาดยาไม่สามารถรักษาได้ครอบคลุมทุกโรค</p> <p>3) เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>WO Strategies</p> <p>1) พัฒนาระบบการบริการเชิงรุกในหน่วยงาน</p> <p>2) พัฒนาผู้นำชุมชน เสริมสร้างสุขภาพในชุมชน</p> <p>3) พัฒนานวัตกรรมในด้านความรู้การส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>4) ประสาน โครงการระบบเบิกตรงของกรมบัญชีกลางเชิงรุกจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า</p>	<p>WT Strategies</p> <p>1) กิจกรรมสร้างผู้นำสุขภาพในชุมชน</p> <p>2) โครงการระบบเครือข่ายของ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า</p> <p>3) พัฒนาระบบการบริการเชิงรุก</p> <p>4) พัฒนานวัตกรรมในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ</p>

แผนกลยุทธ์ของแผนกพยาบาล คือ ยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
วิสัยทัศน์ แผนกพยาบาลกรมพลาธิการทหารบก มุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
 เพื่อให้กำลังพล พร.ทบ และครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อพัฒนาให้เป็น
 ศูนย์สุขภาพของชุมชนที่แท้จริง

พันธกิจ

- 1) ให้การรักษาพยาบาลระดับฉุกเฉินเบื้องต้นและบริการสุขภาพพื้นฐานระดับบุคคล
 และครอบครัวได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ
- 2) สร้างเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ปรับสิ่งแวดล้อมทั้งใน
 ระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน
- 3) สร้างเสริมศักยภาพ ให้ความรู้แก่ผู้มาใช้บริการให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้
- 4) เพิ่มศักยภาพให้กับผู้ให้บริการ โดย กระบวนการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง
- 5) เป็นที่ปรึกษาให้กับชุมชนตลอดจนให้คำแนะนำด้านเวชกรรมป้องกันและอาชีวอนามัย
 ให้กับกรมพลาธิการทหารบก

องค์ประกอบของรูปแบบสถานบริการสุขภาพของกรมพลาธิการทหารบก ได้แก่
 โครงสร้างงาน/ขอบเขตหน้าที่ อัตรากำลังพลผู้ปฏิบัติงาน ภารกิจในการให้การดูแลสุขภาพ สถิติ
 การรักษาพยาบาลประจำเดือน ห้าอันดับโรคที่พบ ดังแสดงรายละเอียดตาม ตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 องค์ประกอบของรูปแบบสถานบริการสุขภาพของกรมพลาธิการทหารบก

องค์ประกอบของรูปแบบ	สถานพยาบาลกรมพลาธิการทหารบก
1. ชื่อหน่วยงาน	แผนกพยาบาล กองบริการและสนับสนุนทั่วไป กรมพลาธิการทหารบก
2. โครงสร้างงาน/ขอบเขตหน้าที่	ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้คำ ปรึกษาเกี่ยวกับกิจการสายแพทย์ ดูแลด้านการสุขภาพสิ่งแวดล้อม และด้านอาชีวอนามัย
3. ผู้ให้บริการ	แพทย์โรคข้อ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน นายสิบเสนารักษ์ 2 คน ลูกจ้างประจำ 3 คน นายสิบสายพลาธิการ 2 คน
4. งบประมาณ	ได้รับการสนับสนุนเงินบริจาคจากสหกรณ์ออมทรัพย์ปีละ 120,000 บาท
5. ยอดผู้ใช้บริการ	นายทหารสัญญาบัตร 467 คน นายทหารประทวน 1,170 คน ครอบครัว 8,243 คน ลูกจ้างประจำ 1,985 คน ลูกจ้างชั่วคราว 217 คน พลทหาร 243 คน รวมทั้งสิ้น 12,325 คน

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	สถานพยาบาลกรมพลาธิการทหารบก
6. จำนวนผู้ใช้บริการ/เดือน	ประมาณเดือนละ 400-500 คน
7. ลักษณะการให้บริการ	ตรวจรักษาโรคทั่วไป อุบัติเหตุฉุกเฉินจากการปฏิบัติงาน จำยา เข็มแผล ให้น้ำเกลือ บริการชื้อยา การให้คำปรึกษา การส่งต่อ เจาะเลือด
8. ห้าอันดับโรคที่พบ	โรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบไหลเวียนเลือด โรคผิวหนัง โรค ระบบกล้ามเนื้อ โรคโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อและโภชนาการ
9. สามอันดับโรคไม่คิดเชื้อ	ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
10. ระบบส่งต่อ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบสถานบริการสุขภาพของกรมพลาธิการทหารบก และ SWOT Matrix ของหน่วยงานทำให้สถานพยาบาลมีโอกาสที่จะพัฒนาให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน อบอุ่นใกล้ชิดที่ทำงาน ใกล้ใจ คำนึงงานในเชิงรุกมากขึ้นเนื่องจาก

- 1) สถานที่ตั้งอยู่ในที่ทำงาน สะดวกต่อการเดินทาง
- 2) เจ้าหน้าที่มีความคุ้นเคยกับชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดี ได้รับการยอมรับนับถือความไว้วางใจจากชุมชน
- 3) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาเป็นอย่างดี ทั้งในเรื่องนโยบายเรื่องสุขภาพของกำลังพลและงบประมาณในการดำเนินการ
- 4) สถานพยาบาลมีความพร้อมในด้านบุคลากรที่ให้บริการ ได้แก่ มีแพทย์รักษาโรคทางอายุรกรรม ทันตแพทย์ พยาบาลและ นายสิบพยาบาล
- 5) มีวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง มีความสามัคคี และมีวินัย ใช้ระบบอาวุโส ให้บริการผู้ใช้บริการเปรียบเสมือนญาติ ไม่มีระดับชั้นยศในการบริการทุกคนได้รับการสุขภาพเท่าเทียมกัน

1.6 สร้างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเบื้องต้น โดยการสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการในขั้นตอนการสร้างระบบตามลำดับดังนี้

1.6.1 ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการ สรุปและรวบรวมข้อมูลที่ได้ ร่างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และแนวทางการพัฒนาในระบบใหม่โดยกำหนดระบบย่อยในการดำเนินงานของระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดย

เปรียบเทียบการดำเนินงานในระบบงานเดิมและแนวทางการปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นในระบบใหม่
 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ระบบการดูแลผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงเปรียบเทียบระหว่างระบบเดิมกับระบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
ระบบคัดกรอง ระบบคัดกรองใช้ระบบกวดก่อนการตรวจ เสียเวลาทำงานใช้เวลาในการรอคอยตรวจนาน เนื่องจากปริมาณการเข้ารับการตรวจมากเกินไป	ระบบคัดกรอง ใช้วิธีนัดเวลาล่วงหน้า จัดลำดับการตรวจตามหมู่ของลักษณะการทำงาน กำหนดปริมาณที่เหมาะสม 160 คนต่อวัน โดยลดขั้นตอนการกวด และการรอคอยการตรวจ โดยเพิ่มผู้ประสานงานเพื่อจัดส่งผู้ใช้บริการในจุดบริการต่างๆ ที่มีการรอคอยน้อยที่สุด
ระบบบันทึกข้อมูล ไม่มีการบันทึกข้อมูล	ระบบบันทึกข้อมูล บันทึกข้อมูลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในสมุดนัดหมายและผลการตรวจสุขภาพลงในระบบคอมพิวเตอร์ของส่วนเวชระเบียน
ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่มีการติดตามนัด แจ้งเตือนนัด ประเมินสาเหตุการขาดนัด	ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง วางระบบติดตามทางโทรศัพท์เพื่อทำการแจ้งเตือนการเจาะเลือด การนัด ล่วงหน้า ติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัดพบแพทย์ และแจ้งวันนัดให้ใหม่
ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน ได้แก่ การให้สูทศึกษา การเชิญวิทยากรมาบรรยายความรู้ในการดูแลตนเอง คู่มือการปฏิบัติตัว การรณรงค์ในเรื่องไขมันในเลือดสูงยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ	ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน ใช้นโยบายของผู้บริหารระดับสูงเป็นมาตรการเร่งรัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความกดดันและสร้างจรรยาบรรณ เช่น การทดสอบสมรรถภาพอย่างจริงจัง สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ การจัดตั้งชมรมแอโรบิก การลงบทความในหนังสือประจำหน่วย ดำเนินการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ
ระบบการประเมินผลการรักษา แพทย์ประเมินอาการแทรกซ้อนของการใช้ยา ผลของการรักษา และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการ	ระบบการประเมินผลการรักษา แพทย์ประเมินอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและผลของการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการตรวจเลือดและการสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ระบบการส่งต่อ ข้อมูลการรักษาไม่สามารถใช้งานร่วมกัน ได้ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อยังไม่เป็นเครือข่ายที่ชัดเจน	ระบบการส่งต่อ อยู่ในระหว่างดำเนินการเชื่อมต่อบริการคอมพิวเตอร์กับ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกับโรงพยาบาล และสามารถใช้อุปกรณ์ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

1.6.2 ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนา

กำหนดแนวทางการพัฒนา และกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อเป็นกรอบการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในระบบย่อยดังกล่าวข้างต้นด้วยการสร้างแนวทางการปฏิบัติงาน โดยสรุปแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานในระบบย่อยดังนี้

1) แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานในระบบคัดกรอง ได้แก่ เพิ่มจำนวนวันในการตรวจและกำหนดผู้ใช้บริการให้เหมาะสมเฉลี่ยประมาณวันละ 160 คน กำหนดแนวทางการดำเนินงานการคัดกรอง จัดระบบการคัดกรอง โดยกำหนดวัน-เวลาของการตรวจสุขภาพ บุคลากรตามหมู่ในหน่วยงาน โดยจัดลำดับการเข้ารับการตรวจล่วงหน้า จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตนของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และดำเนินการประชุมชี้แจงผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการเข้ารับการตรวจ

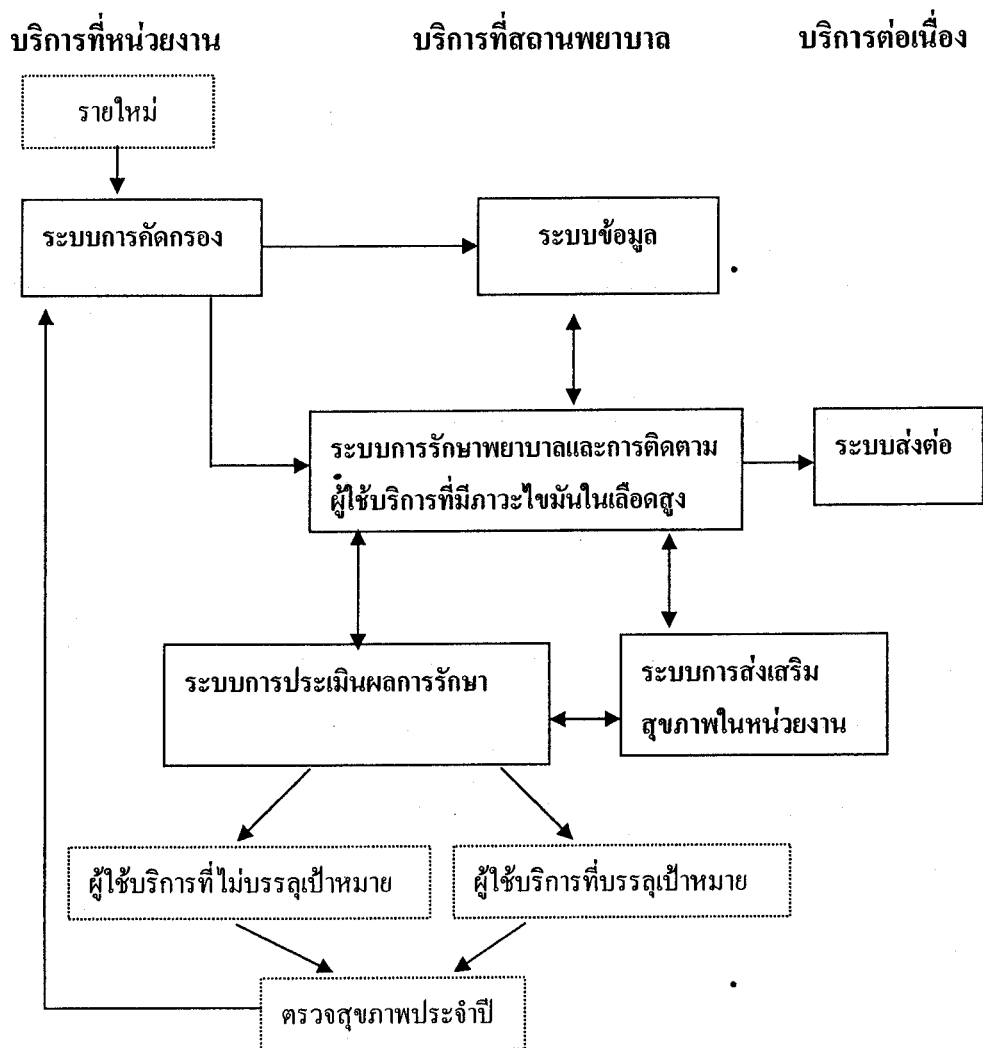
2) แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานในระบบข้อมูล ได้แก่ กำหนดคู่มือเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของส่วนเวชระเบียนในการบันทึกข้อมูล โดยทำการบันทึกรายชื่อ ระดับไข่มัน ชื่อหน่วยงาน วันนัดเจาะเลือด นัดพบแพทย์ เพื่อเป็นกลไกในการติดตาม ตรวจสอบการขาดนัด

3) แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานในระบบการรักษาและการติดตาม ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไข่มันในเลือดสูง ได้แก่ จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานของห้องจ่ายยา และส่วนเวชระเบียน ปรับระบบการชื้อยาโดยแพทย์จะทำการนัดรับยาก่อนยาหมดประมาณ 5 วัน ผู้ใช้บริการต้องมาตามที่แพทย์นัด ส่วนเวชระเบียนทำหน้าที่ติดตามให้ผู้ใช้บริการมารับการรักษา และมาตามนัด ติดตามผู้ใช้บริการที่แพทย์ขอยาเพื่อประเมินพฤติกรรม และจัดกิจกรรมเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องรับประทานยา

1.6.3 ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อทำการตรวจสอบความเหมาะสมของระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไข่มันในเลือดสูงที่พัฒนาได้ ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไข่มันในเลือดสูงเบื้องต้นประกอบด้วย ระบบการคัดกรองสุขภาพ การจัดคนเข้ารับการตรวจสุขภาพ ระบบข้อมูลเพื่อเป็นกลไกการติดตามตรวจสอบในการติดตามให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ระบบการรักษาและการติดตามเข้าสู่ระบบการรักษา ได้แก่ งานรักษาประกอบด้วยการรักษาตามเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ และระบบการประเมินผลการรักษาโดยทำการนัดผู้ใช้บริการมารับยาอย่างสม่ำเสมอ และนัดตรวจเลือดเพื่อประเมินผลการใช้ยาโดยใช้เกณฑ์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาตลอดจนการประเมินความสามารถในด้านการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการเพื่อทำการช่วยเหลือ สนับสนุนให้

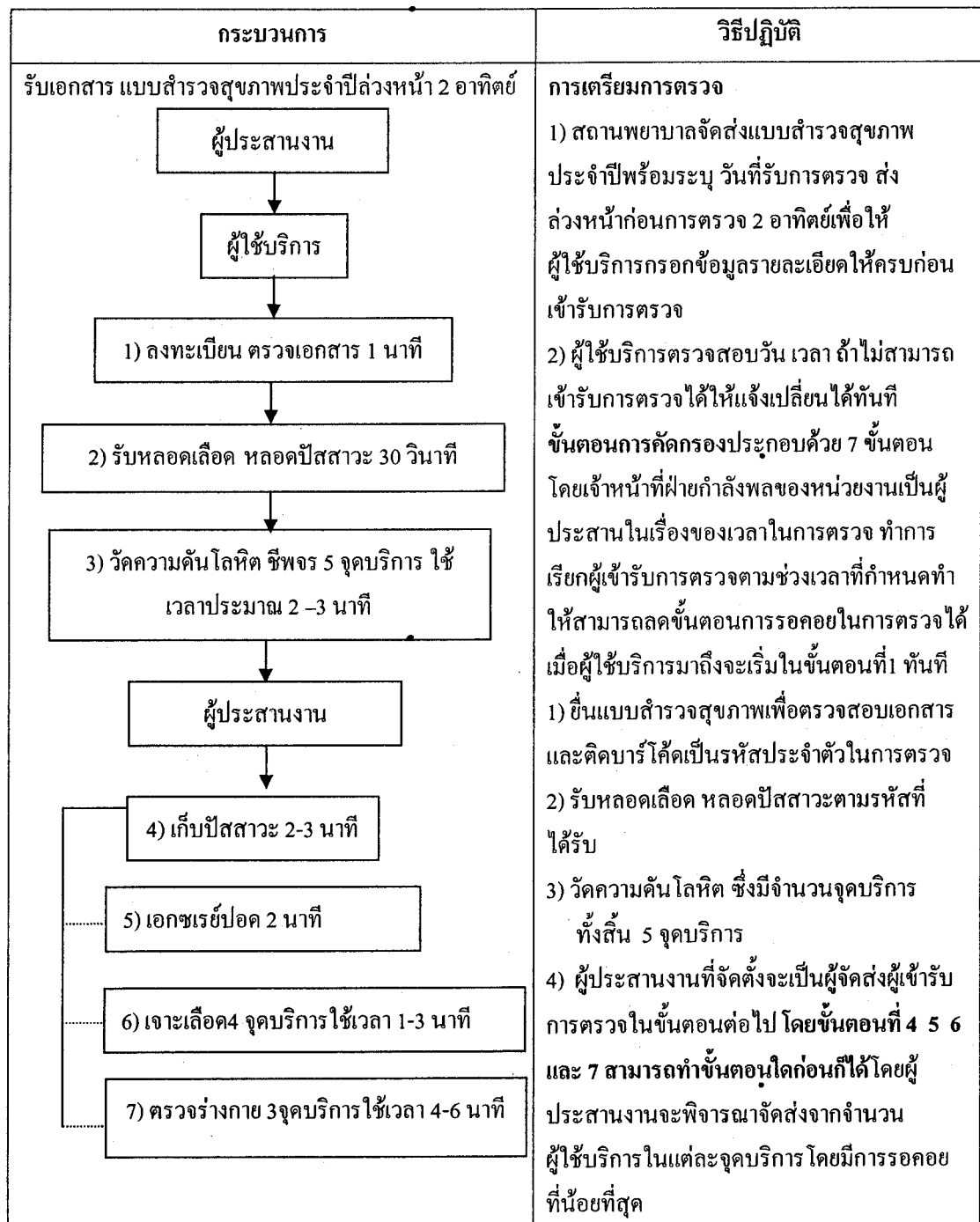
เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ งานเวชระเบียน ซึ่งประกอบด้วย การติดตามแจ้งเตือนในการนัดและการประเมินปัญหาการขาดนัด และติดตามเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา กำหนดกระบวนการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนี้

1) ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก ประกอบด้วย 6 ระบบย่อยได้แก่ ระบบการคัดกรองสุขภาพ ระบบข้อมูล ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระบบการส่งเสริมสุขภาพในที่หน่วยงาน ระบบการประเมินผลการรักษา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย การดำเนินการให้บริการสุขภาพในระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ให้บริการที่หน่วยงาน ที่สถานพยาบาล และให้การบริการอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเบื้องต้น

2) ระบบการคัดกรองสุขภาพของสถานพยาบาลในระบบใหม่ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติทั้งหมด 7 ขั้นตอน โดยลดขั้นตอนการกบฏตรีวิ และการรอคอยการตรวจ เพิ่มผู้ประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการในการตรวจคัดกรอง



ภาพที่ 4.2 ระบบการคัดกรองสุขภาพของสถานพยาบาลในระบบใหม่ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงานการปฏิบัติ 7 ขั้นตอน

เวลาที่ผู้ใช้บริการมารับการตรวจคัดกรองทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12 -18 นาทีต่อคน ใช้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 9 คน หลังจากการพัฒนาสามารถลดกระบวนการดำเนินงานเหลือ 7 ขั้นตอน ใช้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเท่าเดิมแต่เพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ 2 -3 คน

3) ระบบการรักษาและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระบบข้อมูล และระบบการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกระบวนการและวิธีปฏิบัติดังนี้

กระบวนการ	วิธีปฏิบัติ
<p>ระบบการรักษาพยาบาล</p> <pre> graph TD A[ผู้ให้บริการได้รับผลการตรวจหลังการคัดกรอง] --> B[ปกติ] A --> C[ไม่ปกติ] B --> D[ระบบการส่งเสริมสุขภาพ] D --> E[พยาบาลจัดกลุ่มให้ความรู้ที่หน่วยงาน] C --> F[พบแพทย์] F --> G[นัดรับยาทุกสองเดือน] F --> H[ระบบประเมินผลการรักษา] H --> I[ตรวจเลือด 3 เดือน สอบถาม] I --> J[ระบบการติดตาม] J --> K[โทรแจ้งเตือนนัด] K --> L[คั่นบัตรบันทึกถ่วงหน้า] L --> M[ตรวจสอบผู้ที่ขาดนัด] M --> N[โทรศัพท์ถามสาเหตุและแจ้งวันนัดใหม่] N --> O[ผู้ให้บริการ] O --> P[มา] O --> Q[ไม่มา] P --> K Q --> N R[ระบบข้อมูล] <--> J R --> O </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1) การแจ้งผลการตรวจเลือด ทำการดำเนินงานแจ้งผล ภายหลังจากการคัดกรอง ประมาณ 1 เดือน สถานพยาบาลจะคัดแยกผลที่ผิดปกติ จัดส่งผลของผู้ที่มีผลปกติถึงที่ทำงานและเรียกผู้ที่มีภาวะไขมันผิดปกติมารับผลด้วยตนเอง 2) ระบบข้อมูลจะทำการบันทึกข้อมูลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง 3) ระบบติดตาม ดำเนินการติดตามโดยส่วนเวชระเบียนใช้โทรศัพท์เพื่อแจ้งเตือนรายบุคคล คั่นบัตรบันทึกประวัติล่วงหน้า ตรวจสอบการขาดนัด และประเมินปัญหาการขาดนัด และแจ้งวันนัดใหม่ 4) ระบบการรักษา แพทย์ทำการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน นัดรับยาทุก 2 เดือน และระบบประเมินผลการรักษาโดยการตรวจเลือดทุก 3 เดือน เพื่อวัดระดับไขมันในเลือด เปรียบเทียบผลครั้งก่อนและสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต 5) ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่หน่วยงานพยาบาลวิชาชีพทำการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สามารถควบคุมไขมันในเลือดได้ และประเมินผลรักษาโดยการตรวจเลือดทุก 3 เดือน เพื่อวัดระดับไขมันในเลือด เปรียบเทียบผลครั้งก่อนและประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต

ภาพที่ 4.3 ระบบการรักษาและการติดตามผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระบบข้อมูล และระบบการส่งเสริมสุขภาพ

2. ผลการศึกษาในระยะการดำเนินงาน ทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบใหม่

สถานพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาสร้างระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันสูงขึ้นมาใหม่ ดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาได้ใน ระบบการคัดกรอง ระบบการบันทึกข้อมูล ระบบการรักษาพยาบาล และติดตามการรักษาผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายนถึงสิงหาคม 2550 รวมทั้งสิ้น 5 เดือน ทำการประเมินระบบการดำเนินงานในแต่ละระบบหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองใช้ระบบใหม่โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดในระบบเดิมกับระบบใหม่ดังนี้

2.1 ระบบการคัดกรอง

2.1.1 อัตราครอบคลุมการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในการตรวจสุขภาพประจำปี 2550 สถานพยาบาลได้รณรงค์ให้กำลังพลได้รับการตรวจคัดกรองให้มากที่สุด โดยทำการชี้แจงขอความร่วมมือในการเข้ารับการตรวจตามแนวทางการปฏิบัติในการตรวจสุขภาพที่ได้กำหนดไว้ ผลการประเมินในระบบการตรวจคัดกรองเปรียบเทียบในระบบเดิม และระบบใหม่ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ปริมาณผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง เปรียบเทียบ พ.ศ. 2549 - 2550

ผู้ใช้บริการกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	ระบบเดิม	ระบบใหม่
	(2549)	(2550)
จำนวนกำลังพลทั้งหมด	1009	987.00
จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	856	876.00
อัตราการครอบคลุมการตรวจคัดกรองสุขภาพ	84.93	88.75

จากตารางที่ 4.4 จำนวนผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้ใช้บริการกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ กรมพลาธิการทหารบก ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี มากขึ้นกว่าเดิมโดยอัตราการครอบคลุมการตรวจคัดกรองสุขภาพ พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.93 เป็นร้อยละ 88.75

2.1.2 เวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพ จากการสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการในเรื่องของเวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรองรวมทั้งกระบวนการในปี 2550 พบว่าเวลาที่ผู้ใช้บริการมาตรวจคัดกรองทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12 -18 นาทีต่อคนเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2549 ซึ่งใช้เวลาการตรวจคัดกรองทั้งกระบวนการประมาณ 2 ชั่วโมงจึงพบว่า เวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรองปี 2550 ลดลงกว่าเดิม

2.2 ระบบการรักษาและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2.2.1 ปริมาณของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาหลังจากการคัดกรอง การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี 2550 เริ่มดำเนินการเดือนกรกฎาคม เป็นเวลา 1 เดือน มีผู้ใช้บริการกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองทั้งสิ้นจำนวน 876 คน ในจำนวนนี้มีผู้ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือด (เฉพาะผู้ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)จำนวน 788 คน ตรวจพบไขมันในเลือดสูงจำนวน 543 คน คิดเป็นร้อยละ 68.90 ดำเนินการติดตามผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเพื่อเข้ารับการรักษาหลังการคัดกรองทันทีในเดือนสิงหาคม เปรียบเทียบปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเข้ารับการรักษาหลังการคัดกรองในระบบการคัดกรองเดิมกับระบบการคัดกรองใหม่ ผลการศึกษาแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.5 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาหลังจากการตรวจคัดกรองเปรียบเทียบระหว่างระบบการคัดกรองเดิมกับระบบการคัดกรองใหม่

ข้อมูลตรวจสุขภาพประจำปี	ระบบการคัดกรองเดิม		ระบบการคัดกรองใหม่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พ.ศ. 2549 – 2550				
จำนวนผู้ได้รับการรักษาหลังการคัดกรอง	253	48.00	497	91.53
จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาหลังการคัดกรอง	274	52.00	46	8.47
รวมผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	527	67.30	543	68.90

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาทันทีหลังการคัดกรองในระบบใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 91.53 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงขาดการรักษาลดลงจากเดิมร้อยละ 52 เป็นร้อยละ 8.47

2.2.2 จำนวนผู้ที่มาตามนัดสม่ำเสมอ ขาดนัด และปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงให้บริการต่อเนื่อง โดยการศึกษาสถิติการมาตามนัดย้อนหลังจากบัตรบันทึกผู้ป่วยตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2549 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2549 เป็นเวลา 4 เดือน ในระบบเดิม พบว่า มีจำนวน

ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งสิ้น 213 คน มีสถิติการขาดนัดถึงร้อยละ 80.28 หลังจากได้ดำเนินการติดตามผู้ใช้บริการให้เกิดต่อเนื่องในการรักษาในระบบใหม่โดยเริ่มทำการติดตามผู้ใช้บริการให้รักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนเมษายน-เดือนกรกฎาคมรวม 4 เดือนเป็นจำนวนการนัด 2 ครั้ง มีผู้ใช้บริการที่มีไขมันในเลือดสูงเพศหญิง และเพศชายที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาล รวมทั้งสิ้น 215 คน ประเมินผลการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในระบบใหม่กับระบบเดิม แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ใช้บริการของกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ที่มารับการรักษา เปรียบเทียบระบบเดิมกับระบบใหม่

ความร่วมมือในการรักษา	ระบบเดิม		ระบบใหม่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาตามนัดสม่ำเสมอ	42.00	19.71	81.00	37.67
การขาดนัด	171.00	80.28	134.00	62.33
รวม	213.00	100.00	215.00	100.00

จากตารางที่ 4.6 ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ที่เข้ารับการรักษาในระบบใหม่ ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยมาตามนัดสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.71 เป็นร้อยละ 37.67 ขาดนัด มาไม่สม่ำเสมอลดลงจากร้อยละ 80.28 เป็นร้อยละ 62.33

2.2.3 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทยังคยา และปริมาณ

ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่บรรลุเป้าหมาย หลังการดำเนินการติดตามเพื่อให้ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในระบบเดิมมีผู้เข้ารับการรักษาจำนวนทั้งสิ้นจาก 213 คน ระบบใหม่เพิ่มเป็น 215 คน ประเมินผลระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเปรียบเทียบปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่บรรลุเป้าหมาย และปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทยังคยา ระหว่างระบบเดิมกับระบบใหม่ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทยังคยา และปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่บรรลุปเป้าหมายเปรียบเทียบระหว่างระบบเดิมกับระบบใหม่

ประเมินผลการรักษาของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	ระบบเดิม		ระบบใหม่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ใช้บริการที่แพทยังคยา	9	4.22	11	5.11
ปริมาณผู้ใช้บริการที่บรรลุปเป้าหมาย	120	55.81	81	34.66

จากตารางที่ 4.7 ในระบบใหม่ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการวินิจฉัยในหังคยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.22 เป็นร้อยละ 5.11 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงบรรลุปเป้าหมายเปรียบเทียบระหว่างระบบเดิมกับระบบใหม่มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 55.81 เป็นร้อยละ 34.66

3. ผลการประเมินรูปแบบของระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีไขมันในเลือดสูง

ในระยะการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระบบใหม่ได้แก่ ระบบคัดกรอง ระบบข้อมูล ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ภายหลังกการดำเนินงาน ทำการประเมินมิตินคุณภาพของระบบการบริการสุขภาพในมิตินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ 5 ด้านโดยการสนทนากลุ่มในผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกจำนวน 12 คน และสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการกองการผลิตสิ่งอุปกรณจำนวน 10 คน ผลการประเมินคุณภาพระบบการบริการพบว่า

3.1 ความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ มีความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการเนื่องจากระยะทางจากสถานที่ทำงานถึงสถานพยาบาลประมาณ 200 เมตรใช้เวลาเดินประมาณ 8-10 นาที ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่ต้องลงาน การคัดกรองดำเนินการให้ถึงที่ทำงาน ระยะเวลาในการใช้บริการในการตรวจคัดกรองลดลงเฉลี่ยไม่เกินคนละ 15 -20 นาที ระยะเวลาในการรักษาที่สถานพยาบาลไม่นาน ขั้นตอนการให้บริการไม่ซับซ้อน สำหรับผู้ที่มาตามนัดไม่ต้องเสียเวลารอค้นหาบัตรบันทึกประวัติ

3.2 คุณภาพการบริการที่ได้รับ ระบบการคัดกรอง และระบบการรักษาที่สถานพยาบาลมีการจัดลำดับให้ได้รับความสะดวก บางครั้งถ้ามีการลัดคิวก็ยอมรับได้เนื่องจากเป็นคนรู้จักกัน

ทั้งนั้นเหตุผลในการลัดคิวเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีผู้ที่มีอาการไม่สบายมากกว่า การรอคอยการตรวจใช้เวลาไม่นาน แพทย์มีเวลาอธิบายและผู้ใช้บริการสามารถถามปัญหาได้ การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันสูง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ มีความสะดวก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไปดำเนินการให้ถึงหน่วยงาน สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้สะดวกในการซักถาม มีความเป็นกันเอง ผู้ร่วมประชุมกล้าแสดงความคิดเห็น การติดตามนัดในกรณีที่ผู้ใช้บริการขาดนัดผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ ไม่คิดว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล การบริการในระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีการบริการที่ครบวงจรตั้งแต่การค้นหาโรคจนถึงการให้การรักษาไม่จำเป็นต้องเดินทางไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล

3.3 ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ เนื่องจาก สถานพยาบาลได้ดำเนินการทำบัตรเบิกตรงให้โดยประสานให้เวชระเบียน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาดำเนินการให้ทุกคนถึงที่ทำงาน ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการ และไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารเช่นเวลาไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

3.4 ทัศนคติ ความสนใจของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ มีการให้คำชี้แจงแก่ผู้ใช้บริการอย่างละเอียดเข้าใจง่าย ผู้ใช้บริการประพุดติดตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ซักถามได้ มีความเป็นกันเองเหมือนญาติเรียกสรรพนามแทนผู้ใช้บริการว่าป้า ลุง พี่ น้อง ในระบบการติดตามนัดโดยโทรศัพท์ ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ด้วยความเอาใจใส่ แสดงออกถึงความห่วงใย ในการตามนัดผู้ใช้บริการไม่มีความรำคาญหรือรู้สึกเหมือนถูกละเมิดสิทธิ์ รู้สึกว่าสถานพยาบาลมีความเอาใจใส่ในการดูแล

3.5 สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้มีความสะอาด เครื่องวัดความดันโลหิตมีคุณภาพสูง สถานที่ที่ให้การบริการคัดกรอง และสถานที่ในการตรวจรักษามีความเหมาะสม ไม่แออัด คับคั่ง ไม่ร้อนจนเกินไป

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ให้บริการของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการ ทหารบก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนกันยายน 2550 การดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะการพัฒนาระบบ โดยการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วน เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ และการสนทนากลุ่มผู้ ให้บริการเพื่อออกแบบระบบการบริการที่ครอบคลุม สอดคล้องกับบริบท และระยะการดำเนินงาน ทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้นเริ่มดำเนินการเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2550 เป็นระยะเวลา 5 เดือน และประเมินผลระบบการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระบบใหม่ใน เดือน กันยายน หลังจากการดำเนินทดลองใช้ระบบใหม่เสร็จสิ้นตามกำหนดเวลา ประเมินผลจากข้อมูล สุขภาพ และการสนทนากลุ่มของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลาธิการทหารบก

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.2.1 ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ให้ ข้อมูลหลัก คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการ ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลจำนวน 8 คน 2) ผู้บริหารระดับสูงซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายการ รักษาพยาบาล ได้แก่ เจ้ากรมพลาธิการทหารบก 3) ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 12 คน

1.2.2 ระยะการการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบใหม่ ประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด กรม

พลานามัย (2) กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ กำลังพลผู้ปฏิบัติงานกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์ กรมพลานามัย ประกอบด้วยลูกจ้างประจำที่ได้รับการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงที่สถานพยาบาล กรมพลานามัย และผู้ใช้บริการตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 *ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาล สังกัด กรมพลานามัย* ผลจากการพัฒนาระบบเพื่อสร้างระบบการดำเนินการใหม่ พบว่า ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงประกอบด้วยระบบย่อย 6 ระบบ ดังนี้

- 1) *ระบบการคัดกรอง* ได้แก่ การจัดคนเข้ารับการตรวจ ทำการนัด วัน และเวลาการตรวจให้กับผู้ใช้บริการ ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการตรวจ และดำเนินการตรวจสุขภาพเชิงรุกให้ถึงที่หน่วยงาน แจกผลการตรวจและทำการรักษาในรายที่ผิดปกติ
- 2) *ระบบข้อมูล* ได้แก่ เวชระเบียนบันทึกข้อมูลของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อเป็นกลไกในการตรวจสอบและติดตามผู้ใช้บริการเข้าสู่การรักษา
- 3) *ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง* ได้แก่

(1) การจัดบริการการดูแลให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยใช้เกณฑ์ระดับไขมันในเลือดเป็นตัวกำหนด ในการศึกษาครั้งนี้ จัดบริการเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตสำหรับผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเกณฑ์ในการพิจารณาได้แก่ ผู้ใช้บริการที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่เกิน หรือระดับ แอล ดี แอล มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแต่ไม่เกิน 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับ ไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแต่ไม่เกิน 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งดำเนินการโดยทีมการพยาบาลซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการหลัก

กลุ่มที่ 2 ให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงพิจารณาจากระดับของไขมันในเลือดเป็นเกณฑ์ได้แก่ผู้ใช้บริการที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับ แอล ดี แอล มากกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแต่ไม่เกิน 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับ ไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยพิจารณาร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ประวัติทางพันธุกรรมอื่นๆ เช่น บิดาหรือมารดาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการนัดพบแพทย์ทุก 2 เดือน เพื่อรับยา และรับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

(2) การจัดระบบติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งในกลุ่มผู้ใช้บริการที่พบภาวะไขมันในเลือดสูงจากการตรวจคัดกรองประจำปี และผู้ใช้บริการที่รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ก่อนแล้ว

4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน ดำเนินการเชิงรุกในหน่วยงานของกรมพลานิการทหารบกทุกหน่วยงานเพื่อเพิ่มสุขภาวะของกำลังพล ได้แก่ การให้สุขศึกษา การจัดวิทยากรให้ความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การบริโภคตามหลักโภชนาการ การสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพ เช่น ชมรมแอโรบิก การรณรงค์ให้ลดละพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์

5) ระบบการประเมินผลการรักษา โดยการกำหนดให้ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมารับการตรวจระดับไขมันในเลือดทุก 3 เดือน และพบแพทย์หลังทราบผลเลือดเพื่อประเมินผลการดูแลที่ได้รับ หรือปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสำหรับผู้ใช้บริการที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ โดยนัดผู้ใช้บริการทุกรายในอีก 2 เดือนต่อมา

6) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลทำการส่งต่อผู้ใช้บริการที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม และรักษาต่อในรายที่มีอาการแทรกซ้อนเกินขีดความสามารถในปัจจุบันสถานพยาบาลอยู่ในระหว่างการดำเนินการปรับปรุงระบบการดำเนินงานด้วยระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์กับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีผลให้สถานพยาบาลกรมพลานิการเป็นเครือข่ายสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.2 ระยะเวลาดำเนินงาน ผู้วิจัยนำระบบที่พัฒนามาทดลองใช้ และประเมินผลจากตัวชี้วัด ดังนี้

3.2.1 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่แพทย์งดยา พบว่าผู้ใช้บริการกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดสูงและต้องพบแพทย์ตามนัด มีปริมาณผู้ที่มีระดับ LDL-C บรรลุเป้าหมายจนแพทย์งดยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ คือ จากร้อยละ 4.22 เป็นร้อยละ 5.11 ของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการรักษาทั้งหมด

3.2.2 ปริมาณผู้ใช้บริการที่บรรลุเป้าหมาย พบว่าผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มที่ต้องรับยา มีปริมาณผู้ที่มีระดับ LDL-C บรรลุเป้าหมาย ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ คือ จากร้อยละ 55.81 เป็นร้อยละ 34.66 ของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการดูแลทั้งหมด

3.2.3 อัตราครอบคลุมการตรวจคัดกรอง และเวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง พบว่าเวลาที่ผู้ใช้บริการมาตรวจคัดกรองทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12 -18 นาทีต่อคนเท่านั้น และ เมื่อ

เปรียบเทียบอัตราการครอบคลุมผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระหว่างปี 2550 กับปี 2549 พบว่า อัตราการครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 84.93 เป็นร้อยละ 88.75

3.2.4 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาหลังจากการคัดกรอง พบว่าจำนวนผู้ใช้บริการที่พบภาวะไขมันในเลือดสูงจากการตรวจคัดกรองเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาจากเดิมร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 91.53

3.2.5 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงใช้บริการต่อเนื่อง พบว่า ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งหมดมารับบริการต่อเนื่องตามนัดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้จากร้อยละ 19.71 เป็นร้อยละ 37.67

3.2.6 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ 5 ด้าน จากการสนทนากลุ่มในผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ คุณภาพการบริการที่ได้รับ ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ อธิยาศัย ความสนใจของเจ้าหน้าที่ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์

2. อภิปรายผล

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดบริการโดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มีการไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

2.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของสถานพยาบาล
สังกัด กรมพลานการทหารบก พบว่าประกอบด้วยระบบย่อย 6 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรอง 2) ระบบข้อมูล 3) ระบบการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง 4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงาน 5) ระบบการประเมินผลการรักษา และ 6) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

การจัดระบบการบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ช่วยให้สามารถออกแบบระบบได้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ ระบบย่อยทั้ง 6 ระบบทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา มีผลทำให้ผู้ใช้บริการสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัด นครพนม (2544) พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้การควบคุมเบาหวานได้ผลดียิ่งขึ้น เนื่องจากการจัดบริการเฉพาะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการได้ตรงกับความต้องการ รวดเร็วลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน รวมทั้งสามารถจัดให้ได้รับคำแนะนำหรือความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการช่วยให้ได้

รูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการและเกิดประสิทธิภาพในการรักษาอย่างแท้จริง

การดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องควบคู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ให้บริการ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่าระบบการติดตามเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยในขั้นตอนการดำเนินการติดตามมีผลทำให้ผู้ใช้บริการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ จากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 91.53 และปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้จากร้อยละ 19.71 เป็นร้อยละ 37.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัยของ สุวรรณชัย วัฒนายัง เจริญชัย และคณะ (2546-2547) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยทำการติดตามผู้ป่วยในรายที่ขาดนัดซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น โดยผลการศึกษพบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนอนามัยมีความต่อเนื่องของการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 90.69 มากกว่ากลุ่มผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งมีเพียงร้อยละ 83.72 และในด้านการมาตรงตามวันนัดหมายยังพบอีกว่ากลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย มาตรงตามวันนัดในอัตราส่วนที่มากกว่ากลุ่มผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ในระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีผลต่อผู้ใช้บริการทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ใช้บริการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงที่มาพบแพทย์ตามนัด มีระดับ LDL-C บรรลุเป้าหมายจนแพทย์งดยา มีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้จากร้อยละ 4.22 เป็นร้อยละ 5.11 ของผู้ใช้บริการที่รับการรักษาทั้งหมด

จึงเห็นได้ว่าการจัดระบบบริการให้เหมาะสมตรงกับปัญหาของผู้ใช้บริการซึ่งได้แก่ การจัดระบบติดตามผู้ใช้บริการที่ขาดนัด หรือกลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งจัดระบบบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการทำให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว รวมทั้งการวางแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับผู้ใช้บริการทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ใช้บริการมีประสิทธิภาพ มีผลทำให้ผู้ใช้บริการมีภาวะสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นอกจากนั้นผลการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ สุรเกียรติ อชานานุภาพ และคณะ (2542) เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 แห่ง พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ คือ การขาดระบบบริการเฉพาะกลุ่มทำให้การให้สุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม ไม่ได้ผลเท่าที่ควร นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากไปใช้บริการในโรงพยาบาลทำให้เกิดความคับคั่ง ผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวก และยังขาดการประสานงานในเครือข่ายสถานบริการ ทั้งในด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่ายและการประสานงานการดูแลร่วมกัน

2.1 ผลจากการใช้ระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า

2.1.1 ปริมาณผู้ใช้บริการกลุ่มที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ต้องพบแพทย์ตามนัด บรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้น แต่เมื่อรวมผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งหมดพบว่าปริมาณผู้บรรลุเป้าหมายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ กล่าวคือผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการในกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดสูงที่ต้องพบแพทย์ตามนัด มีระดับ LDL-C บรรลุเป้าหมายจนแพทย์งดยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ คือ จากร้อยละ 4.22 เป็นร้อยละ 5.11 ของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการรักษาทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มที่ต้องรับยามีปริมาณผู้ใช้บริการที่บรรลุเป้าหมายพบว่ามีปริมาณลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ คือจากร้อยละ 55.81 เป็นร้อยละ 34.66 ของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการรักษาทั้งหมด การที่ผู้ใช้บริการกลุ่มที่ต้องพบแพทย์มีผลบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากการพัฒนาระบบการติดตามซึ่งทำให้เกิดความต่อเนื่องในบริการ ช่วยทำให้ผู้ใช้บริการตระหนักถึงการรักษา และสามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงได้ มีผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่เมื่อรวมจำนวนผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งสองกลุ่ม กลับพบว่าปริมาณผู้ใช้บริการที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันให้บรรลุเป้าหมายได้มีจำนวนมากกว่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้ ทั้งที่การพัฒนาระบบการติดตามทำให้ปริมาณผู้ใช้บริการที่รับประทานยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.71 ในปีก่อนหน้านี้ เป็นร้อยละ 37.67 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บริการที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและเข้ามาในระบบการดูแลใหม่กลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับยาต้องใช้ระยะเวลาในการเห็นผลการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อยประมาณหนึ่งเดือนถึงเดือนครึ่งจึงจะเห็นผลในการรักษา จึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

จึงเห็นได้ว่าระบบติดตามผู้ใช้บริการมีความจำเป็นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา สอดคล้องกับ การพัฒนาระบบการติดตามนัดเพื่อให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่องของ สถาบัน รัชฎารักษ์ (2550) ที่ได้พัฒนารูปแบบการติดตามการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ผลของ การติดตามนัดช่วยทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92.5 ให้ข้อมูลว่า การติดตามการรักษาช่วยทำ

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าเกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือที่ดีมากขึ้น

2.1.2 อัตราครอบคลุมการตรวจคัดกรอง และเวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง พบว่า เวลาที่ผู้ใช้บริการมาตรวจคัดกรองทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12 -18 นาทีต่อคนเท่านั้น และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการครอบคลุมผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระหว่างปี 2550 กับปี 2549 พบว่า อัตราการครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 84.93 เป็นร้อยละ 88.75ระบบการคัดกรองสุขภาพเป็นระบบที่สำคัญอีกระบบหนึ่งซึ่งช่วยให้กำลังพลสามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพและได้รับการดูแลโดยเร็ว แต่โดยที่ปัญหาไขมันในเลือดสูงไม่มีอาการแสดงอย่างชัดเจน ดังนั้นการจัดระบบการตรวจคัดกรองเชิงรุก เบ็ดเสร็จที่หน่วยงาน จึงจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการคัดกรอง จากการพัฒนาการคัดกรองโดย 1) ลดขั้นตอนการรอคอยการตรวจ และการกีดคิว 2) นัดหมาย เวลาการตรวจล่วงหน้าให้กับผู้ใช้บริการและจัดผู้ประสานการปฏิบัติเพื่ออำนวยความสะดวก สามารถลดขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งได้ 3) ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการตามความต้องการ เช่น การตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA) หรืออื่นๆ ตามปัญหาของแต่ละบุคคล 4) จัดระบบรายงานผลเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้ทราบการตรวจอย่างรวดเร็ว ซึ่งพบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการเนื่องจาก สะดวก มีความรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน เวลาที่ผู้ใช้บริการมาตรวจคัดกรองทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12 -18 นาทีต่อคน และอัตราครอบคลุมการคัดกรองเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 84.93 เป็นร้อยละ 88.75

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎา จอปา และสุภาภา อุตสม (2549) ที่ได้ดำเนินโครงการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกทั้งการบริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่ และในสถานที่ โดยจัดบริการแบบผสมผสานได้แก่ การตรวจนอกสถานที่ ประกอบด้วย กิจกรรมคือ การลงทะเบียน ทำบัตรใหม่ ตกลงรายละเอียดการตรวจสุขภาพ ชำระเงินค่าตรวจสุขภาพ (เฉพาะส่วนเกินที่เบิกไม่ได้) เจาะเลือดและส่งอุจจาระ ปัสสาวะ ทดสอบสมรรถภาพทางกาย ตรวจสุขภาพในช่องปาก ชักประวัติตามฟอร์มการตรวจสุขภาพ และการตรวจสุขภาพในสถานที่ ได้แก่ เอกซเรย์ทรวงอก ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจภายใน ตรวจมะเร็งปากมดลูกทำการแจ้งผลการตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวส่งเสริมสุขภาพในรายที่ผิดปกติแต่การตรวจสุขภาพยังขาดโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ และผู้รับบริการไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกบริการและวิธีการรักษาพยาบาล ระบบการให้บริการยังไม่สะดวกเนื่องจากต้องเดินทางไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจเพิ่มเติมอีก จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกส่วนใหญ่ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

2.1.3 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาหลังจากการคัดกรอง พบว่าจำนวนผู้ใช้บริการที่พบภาวะไขมันในเลือดสูงจากการตรวจคัดกรองเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาจากเดิมร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 91.53 การคัดกรองสุขภาพเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะการมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะไม่มีอาการใดๆ ทำให้ผู้ใช้บริการไม่รู้ตัวมาก่อน ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะแรกมีความสำคัญสามารถลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจได้สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2549) ได้ทำการสำรวจในประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุจำนวน 39,290 คน โรคที่พบบ่อยคือภาวะไขมันในเลือดสูง และปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงคือการไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาลดไขมัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และในกลุ่มผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีถึงร้อยละ 87 ที่ไม่เคยรู้ตัวมาก่อนรวมทั้งในกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยยามีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นทั่วประเทศ

2.2.4 ปริมาณผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงใช้บริการต่อเนื่อง พบว่า ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงทั้งหมดมารับบริการต่อเนื่องตามนัดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้านี้จากร้อยละ 19.71 เป็นร้อยละ 37.67 โดยสถานพยาบาลกรมพลธิการทหารบกได้ทำการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเข้ารับการรักษาหลังการคัดกรอง และติดตามนัดเพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในบริการ โดยใช้ รูปแบบการติดตามโดยโทรศัพท์ การติดตามจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี แสดงออกถึงความห่วงใย ทำการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่เฉพาะซึ่งมีคุณสมบัติ พุดจาดี มีมนุษยสัมพันธ์ เพื่อทำการติดตามผู้ใช้บริการ หลังการพัฒนาระบบการติดตามนัด พบว่า ปริมาณผู้มาใช้บริการต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.71 เป็นร้อยละ 37.67 การขาดนัด มาไม่สม่ำเสมอ ลดลงคิดเป็นร้อยละ 62.33 รวมทั้งในการดำเนินงานในระบบใหม่พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยให้หยุดรับประทานยาได้จำนวนทั้งหมด ได้แก่ ผู้ใช้บริการในกลุ่มที่มาตามนัดสม่ำเสมอ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการพัฒนางานติดตามหลังการรักษาของ สถาบันธัญญารักษ์ที่ได้พัฒนารูปแบบการติดตามการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้โทรศัพท์และจดหมาย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถึงความห่วงใย เอื้ออาทร ประรณาคดีโดยไม่ทำให้รู้สึกว่าการกำลังคุกคามสิทธิส่วนบุคคล วางรูปแบบการปฏิบัติทั้งทางโทรศัพท์และจดหมายเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีแนวทางการปฏิบัติ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 40 ราย/ครอบครัว ได้รับการติดตามการรักษาจำนวน 4 ครั้ง ในเวลา 2 เดือน สามารถตามกลับมารักษาได้ถึง 37 ราย และผู้ป่วยร้อยละ 92.5 ให้ข้อมูลว่า การโทรศัพท์ติดตามการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าเกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการมารับการ

รักษา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าเกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากการติดตามทำให้ผู้ใช้บริการมีความตระหนักในการรักษา ให้ความร่วมมือ และมาตามนัดมากขึ้นแล้วยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ใช้บริการดีขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลย์ฉวี หนูยัง กนกวรรณ ทองชุม และระวีวรรณ สายอ่อง (2548) ซึ่งได้พัฒนาแนวทางการรักษาเพื่อเวชปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา โดยทำการติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มาตามนัดด้วยโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า การติดตามทำให้ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้ให้บริการเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น และเมื่อทำการสอบถามผู้ใช้บริการ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดให้ข้อมูลว่ามีความรู้สึกดีใจมากที่โรงพยาบาลสนใจซักถามอาการ

2.2.5 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ 5 ด้าน หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านใกล้ใจเป็นกุญแจสำคัญในการให้บริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายหลังจากการดำเนินการทดลองใช้ระบบการดำเนินงานใหม่ ทำการประเมินความพึงพอใจในคุณภาพระบบบริการใน ด้านความสะดวกสบาย และการเข้ารับบริการ ด้านคุณภาพการบริการที่ได้รับ ด้านค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ ด้านอรรถาศัย ความสนใจของเจ้าหน้าที่ และด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ พบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ เนื่องจากสะดวก ไม่เสียเวลาเดินทาง ขั้นตอนการให้บริการไม่ซับซ้อน รอไม่นาน แพทย์มีเวลาให้คำอธิบายและผู้ใช้บริการสามารถซักถามปัญหาได้ตามต้องการ คุณภาพการรักษามีความเท่าเทียมกับโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ทันตแพทย์ พยาบาลประจำ มีการประสานที่ีระหว่างเครือข่ายคือโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในเรื่องของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และยาที่ใช้ในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษา ของ จอนพะจง เฟิงจาด และคณะ (2547) ได้ศึกษาผลของการจัดบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐาน และใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และค่ารักษาพยาบาลไม่แพง การบริการที่กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจคือ การรอพบแพทย์นาน และการไม่ได้รับการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่นของสุวรรณชัย วัฒนยิ่งเจริญชัย และคณะ (2546-2547) พบว่า การให้บริการที่สถานีอนามัยมีประสิทธิผลต่อผู้ใช้บริการมากกว่าโรงพยาบาลในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา มาตามนัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถจัดระบบบริการที่สถานีอนามัยได้ดีกว่าโรงพยาบาล ส่วนในด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตในระดับที่ยอมรับได้ระหว่างสถานี

อนามัยกับโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันมาก ที่สำคัญในการรับบริการที่สถานอนามัยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านค่าอาหาร ค่ารถ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น ระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการที่สถานอนามัยจึงอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก จึงเห็นได้ว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถจัดให้บริการ โรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้ใช้บริการ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้เป็นการวิจัยในบริบทของกรมพลาธิการทหารบก มีลักษณะเฉพาะพื้นที่ การนำไปประยุกต์ใช้อาจมีข้อจำกัดในเรื่องความแตกต่างของวัฒนธรรมขององค์กร ตลอดจน สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้ใกล้เคียงสอดคล้องกับบริบทตนเองในการจัดบริการสุขภาพในระบบเรื้อรังอื่น ๆ ได้เช่นกัน ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้มีดังนี้

3.1.1 นำรูปแบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงไปปรับใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิอื่น ๆ

3.1.2 ประยุกต์รูปแบบการดูแลไปพัฒนาในผู้ใช้บริการที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

3.1.3 สำหรับผู้ใช้บริการที่ต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ระบบติดตาม ผู้ใช้บริการเป็นกุญแจสำคัญและได้ผลดีในสภาพของสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้จึงต้องให้ความสำคัญกับระบบติดตามมากที่สุด

3.1.4 สำหรับผู้ใช้บริการทั่วไประบบคัดกรองเป็นกลยุทธ์หลักในการช่วยให้ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาโดยเร็ว ดังนั้นจึงต้องนำระบบคัดกรองเชิงรุกไปใช้

3.1.5 ระบบการดูแลเป็นระบบที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการและผู้ใช้บริการจึงต้องมีการประเมินผลและปรับปรุงระบบการดูแลโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การสำรวจความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงซ้ำเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมที่สุด

3.2.2 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบติดตามในผู้ที่มีภาวะ โรคเรื้อรังอื่น

3.2.3 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ของผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลตนเองที่ยั่งยืน

3.2.4 ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ทำให้ระบบมีความยั่งยืนหรือการทำให้
ผู้ให้บริการสามารถบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความ
เหน็ดเหนื่อยของผู้ปฏิบัติงาน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข แนวคิดหลักการจัดบริการสุขภาพบริการปฐมภูมิ การดำเนินงานตาม
มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ นนทบุรี คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ
กรมแพทยทหารบก (2547) รายงานประจำปี 2547 การตรวจร่างกายประจำปี 2547 ในกำลังพล
กองทัพบก เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทยทหาร
กรมแพทยทหารบก (2546) ผลการสำรวจสุขภาพกำลังพลกองทัพบกในเขตกรุงเทพมหานคร และ
ปริมณฑลประจำปี 2546 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทยทหาร
“การวิจัยและพัฒนา” สารสนเทศออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 5 กรกฎาคม 2550 จาก
[http://www.nrct.net/modules.php?op=modload&name=FAQ&file=index&myfaq=yes
&id_cat](http://www.nrct.net/modules.php?op=modload&name=FAQ&file=index&myfaq=yes&id_cat)
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2544) รายงานการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิในชุมชน” กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ขนิษฐา นันทบุตร (2544) รายงานการวิจัย เรื่อง “การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดและให้บริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข
- _____ (2546) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- _____ (2547) การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนา เครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชนใน
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ขนิษฐา มณีนิษฐ์ (2540) “การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของข้าราชการกองบิน 41”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา วพม (2542) สารสำคัญของวิชาเภสัชวิทยา โครงการตำราวิทยาลัย
แพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เอส.อาร์.พรินต์ติ้ง แมสโปรดักส์
- จรินทร์ จันทรฉายะ (2538) “ไขมันกับความสำคัญทางการแพทย์” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
เคมีคลินิกและพิษวิทยาคลินิก หน่วยที่ 3 หน้า 75-98 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

- จอนพะจง เฟ็งจาด และคนอื่น ๆ (2547) ประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวันภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ฉัตรพิมล ชุนประสาน (2544) “การประยุกต์แนวคิดการตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการลดภาวะไขมันในเลือดของทหารชั้นประทวนในค่ายสุรนารี จังหวัด นครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชนิดา สุขแสง (2543) “ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์” วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (สุขภาพศึกษา) กรุงเทพมหานคร ออนไลน์ สาระสังเขป คืบ คืบวันที่ 9 กรกฎาคม 2550 จาก <http://www.moph.go.th/index2.php>
- ดวงพร พูลสมบัติ และคนอื่น ๆ (2548) “สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในข้าราชการทหาร เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลประจำปี 2546-2548” รายงานประจำปี 2548 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก
- ทองหล่อ เดชไทย (2544) การบริหารเชิงกลยุทธ์สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์
- ทัศนาศา บุญทอง (2542) ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ในอนาคต กรุงเทพมหานคร ศิริยอดการพิมพ์
- ธเนศ จำเกิด (2550) การวิจัยและพัฒนา (R&D) กระบวนการศึกษาค้นคว้าสู่คุณภาพ สาระสังเขป ออนไลน์ คืบคืบวันที่ 19 กันยายน 2550 จาก http://area.obec.go.th/nonthaburi/1/tanes/tns_061115.8.doc
- ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ (2545) “การตรวจคัดกรองโรค” ในวิจิตร ศรีสุพรรณ คู่มือการสอนการพยาบาลในระดับปฐมภูมิในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต บรรณาธิการ
- ธิดารัตน์ วิเศษจินดาวัฒน์ (2539) “ผลการจำกัดปริมาณไขมันที่บริโภค โดยการควบคุมตนเองใน ผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง: กรณีศึกษา ชุมชนวัดบุญรอด” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกโภชนาวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นุชวณา เหลืองอังกูร (2550) การวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงาน สาระสังเขป ออนไลน์ คืบคืบ วันที่ 19 กันยายน 2550 จาก http://eclassnet.kku.ac.th/ed-office/research/files/112919_2_2_action%20research%2046.pdf

- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคนอื่น ๆ (2543) ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- _____ (2544) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แพทยสภาแห่งประเทศไทย (2543) แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ไอเอ็นเอส
- พินิจ กุลละวณิชย์ (ม.ป.ป.) “กิน- อยู่อย่างไร ห่างไกล อัมพฤกษ์-อัมพาต” ใน คู่มือโรคหลอดเลือดแดงตีบมหันตภัยใกล้ตัว มูลนิธิแพทย์เพื่อประชาชน ครั้งที่ 61
- พัชนี สุวรรณศรี (2546) “การสร้างและพัฒนาทีมงานสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่” วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- พันธุ์ทิพย์ रामสูตร (2545) การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม พิมพ์ครั้งที่ 2 สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ ชานเมืองการพิมพ์
- ภารดี เต็มเจริญ และคนอื่น ๆ (2549) “แบบแผนการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายกับปัจจัยเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในหญิงวัยหมดประจำเดือน” วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2549 ; 36 (1) 52-63
- “ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในโลหิตและการรักษา” สารระสังเขป ออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 19 กันยายน 2550 จาก <http://www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/newsletter84/HYPERCHO.pdf>
- มณี อากานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ใน ประมวลสารระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 หน้า 1 - 68 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ขงยุทธ พงษ์สุภาพ (2541) การพัฒนานวชนปฏิบัติครอบครัว สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ยงศักดิ์ ตันติปัญญา และคนอื่น ๆ (2543) รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญรัตน์ (2549) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สำนักพัฒนาระบบข้อมูล
ข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- รัตน์ บัณฑิต (2547) “การวิจัยและพัฒนา” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระเบียบวิธีวิจัยทาง
รัฐประศาสนศาสตร์* หน่วยที่ 6 หน้า 225-83 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- รุจิราด อรรถสิทธิ์ (2549) “บทบาทของประชาสังคมและชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพ” ใน
ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ หน่วยที่ 8 หน้า 1-74 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- รัชฎา จอปา และศฎาภา อุดสม (2549) *โครงการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ผลงานวิจัยและ
ผลงานทางวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก* สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 21
พฤษภาคม 2550 จาก <http://hpc9anamai.moph.go.th/html/research/49-10.htm>.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันใน
เลือด พ.ศ. 2546* โดย สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 19 กันยายน 2550 จาก
<http://www.thaiheartclinic.somee.com/guidelines/lipidguide.pdf>.
- วรรณิ จันทรสว่าง (2546) *สุขภาพชุมชนแนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน* ภาควิชา
การพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วิชัย ต้นไพจิตร ปรียา ลีพหกุล และรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา (2540) *การตรวจคัดกรองภาวะ
ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ* คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์ หน้า 511-530
- วิชัย เอกพลากร (2546) *สถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและทิศทางการวิจัยใน
ประเทศไทย* เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 10 กรกฎาคม 2550
จาก <http://www.infed.org/thinkers/et-lewin.htm>
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคนอื่นๆ (2545) *โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาใน 6 พื้นที่ของประเทศไทย* คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วิจิตร ศรีสุพรรณ (2547) *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวทางการปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 3
โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วินัส ลีพหกุล สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม และณอมขวัญ ทวีบูรณ์ (2545) *โภชนศาสตร์ทางการ
พยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์

- วิทยา ศรีดามา (2541) การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หน้า 1-18 ,116-122 ยูนิต์พับลิเคชัน
- วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ (2548) *Evidence-Base Clinical Practice Guideline*ทางอายุรกรรม 2548
พิมพ์ครั้งที่ 2 ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วชิรา กลีโกศล และคนอื่น ๆ (2544) โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนภาคกลาง
- วัลย์ฉวี หนูยัง กนกวรรณ ทองชุม และระวีวรรณ สายอ่อง (2548) บทความบูรณาการงานวิจัย
กับงานประจำ ประสบการณ์ในโรงพยาบาลสติงพระ คืบคืบวันที่ 10 ตุลาคม 2550
จาก <http://www.med.cmu.ac.th/> บทความโรงพยาบาลสติงพระ
- สถาบันชัยฉัตร (2550) ติดตามอย่างไรให้ได้ใจผู้ป่วยและญาติกลุ่มงานติดตามการรักษา
สาระสังเขปออนไลน์ คืบคืบวันที่ 3 ธันวาคม 2550 จาก http://www.go to know.org/blog/follow_thanyara/112277
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) *มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการ
ปฐมภูมิ* กรุงเทพมหานคร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคนอื่น ๆ (2544) “บริการปฐมภูมิ:บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน
เอกสารวิชาการลำดับที่ 1” ใน *ชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ* สำนักงาน
โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- สิริพร นูรพาเดชะ (2550) *ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในโลหิตและการรักษา* สาระสังเขป
ออนไลน์ คืบคืบวันที่ 10 กรกฎาคม 2550 จาก http://www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/newsletter_8-4/HYPERCHO.pdf
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคนอื่น ๆ (2542) *รายงานการวิจัย การประเมินและพัฒนาคุณภาพ
บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สมชาติ ไตรักษา (2545) *หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การและ
หน่วยงาน* พิมพ์ครั้งที่ 3 หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เอส พี เอ็น
การพิมพ์
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุล และคนอื่น ๆ (2544) *รายงานการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาระบบการให้บริการ
ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม”* สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข

สุภารัตน์ มโนเชิวพินิจและศรีสนธิ อินทรมณี (2538) “ความสำคัญในการตรวจและการแปลผลทางเคมีคลินิก” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา เคมีคลินิกและพิษวิทยาคลินิก หน่วยที่ 8 หน้า 294-354 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และคนอื่น ๆ (2545-2546) รายงานการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ: กรณีศึกษาภาคตะวันออก” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2545) ศูนย์สุขภาพชุมชนหนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ กรุงเทพมหานคร แสงโสมมาเกิดตั้งการพิมพ์

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (2543) ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2549) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ สารสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 29 ธันวาคม 2550 จาก <http://www.thaicdinfo.com>

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป และ แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร

สุวรรณชัย วัฒนาขึงเจริญชัย และคนอื่น ๆ (2546-2547) การวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ศุภชัย ขาวะประกาย และรสคนธ์ รัตนเสริมพงศ์ (2547) “การวิจัยในสถานที่ทำงาน” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์ หน่วยที่ 11 หน้า 152-202 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ

อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2549) การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

Barak Zafrir and Shai Cohen (2006) "Primary prevent in high-risk dyslipidemic patients without an established cardiovascular disease: Under treatment and rationale for lipid-lowering therapy" European Journal of Internal Medicine 17 2006 ; pp 495-499.

Retrieved September 16, 2007 from <http://www.elsevier.com/locate/ejim>.

- InterAsia Collaborative Group (2003) . Cardiovascular risk factor in urban and rural Thailand
 ,The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia
 (InterASIA).European Journal of May 25,2007 online Retrieved from
www.who.int/infobase/mddetails.aspx?surveycode.=101205c1Cardiovasc Prev
 Rehabil 2003;10: pp 249-257.
- Michael L. Johnson et al.(2004).Prevent of Comorbid Hypertension and Dyslipidemia and
 Associated Cardiovascular Disease. The American Journal of Managed care.
 2004;10: pp 926-932.
- Public Health Service National Institutes of Health National Heart,Lung,and Blood Institute NIH
 Publication No. 01-3670 May 2001 the third report of the national cholesterol
 education program (NCEP)expert panel on detection, evaluation,and treatment of high
 blood cholesterol in adults(Adult Treatment Panel III) 1-27.
- Peter W.F.Wilson et al.(1998).Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor
 Categories.Circulation.1998;97:1837-1887 16/9/2007.
- Reserch and development (R&D) Retrieved September 16,2007 online from [http:
 //www.redgoldfish.co.uk/viewglossary.asp?.gid=185](http://www.redgoldfish.co.uk/viewglossary.asp?.gid=185).
- R&D definition Retrieved September 16,2007 online from [http:
 www.smartstate.qld.gov.au/strategy/strategy05_glossary.shtm](http://www.smartstate.qld.gov.au/strategy/strategy05_glossary.shtm).
- WHO.(2007) Cardiovascular diseases online Retrieved November 29,2007 from [http:
 //www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/en/](http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/en/).
- WHO.(2006) Cardiovascular diseases :prevent and control Retrieved August 10,2007 online from
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ค.บงพุด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,

Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 00001109

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ให้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ของสถานพยาบาล สังกัดกรมพลศึกษาทหารบก

เลขที่โครงการรหัส ID 2485100013

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย พ.ท.หญิง จุฬารัตน์ บันดี

ที่ทำงาน กรมพลศึกษาทหารบก
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
(อาจารย์ ดร.อรุณี ชิวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.พุดสุข หึงคานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง.....

ภาคผนวก ข

ข้อมูลตรวจสอบสุขภาพประจำปี พ.ศ.2547- 2549

ข้อมูลตรวจสุขภาพประจำปีกรมพลาธิการทหารบก พ.ศ.2547- 2549

รายการ	กลุ่มอายุ 35ปีขึ้นไป			กลุ่มต่ำกว่า 35 ปี			รวม		
	2547	2548	2549	2547	2548	2549	2547	2548	2549
จำนวนผู้รับการตรวจ/ปีพ.ศ.									
เพศชาย	1197	1201	1211	288	269	254	1585	1470	1465
อายุเฉลี่ย	46.2	46	47	29.5	29	29			
เพศหญิง	1002	986	978	213	195	177	1215	1181	1155
อายุเฉลี่ย	46.7	47	47	30	30	29			
รวมจำนวนผู้รับการตรวจ	2199	2187	2189	501	464	431	2700	2651	2620
ดัชนีมวลกาย>30(อ้วน)	130	144	138	10	12	15	140	156	153
ความดันโลหิตสูง>140mmHg	273	643	686	12	52	11	282	695	697
Hematocrit ต่ำเกณฑ์ <11.5g/d	77	104	92	11	-	8	88	104	100
เบาหวาน>126 mg %	133	79	150	ไม่ได้รับการตรวจ			133	79	150
uric acid เกินเกณฑ์	532	527	613				532	527	613
AST เกินเกณฑ์	299	198	330				299	198	330
ALT เกินเกณฑ์	398	395	429				398	395	429
cholesterol>200	1634	1627	1537				1634	1627	1537
triglyceride>170	593	589	543				593	589	543
LDL>130 mg/dl	1119	1295	959				1119	1295	959

ภาคผนวก ก
แผนการดำเนินงานกิจกรรม

ตารางแผนการดำเนินงานกิจกรรม พฤษจิกายน 2549 – กันยายน 2550

วันเดือน ปี	กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
พฤษจิกายน - ธันวาคม 2549	เก็บข้อมูลการวิจัย	ผู้วิจัย
มกราคม 2550	วิเคราะห์สวิต	หัวหน้าแผนกพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
5 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 1	เจ้ากรมพลาธิการทหารบก
6 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 2	ผู้ใช้บริการ รหัส 001
	สัมมนาครั้งที่ 3	ผู้ใช้บริการ รหัส 002
7 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 4	ผู้ประสานงานระหว่างแผนกพยาบาลกับผู้ใช้บริการ รหัส 003
8 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 5	ผู้ใช้บริการ รหัส 004
	สัมมนาครั้งที่ 6	ผู้ใช้บริการ รหัส 005
	สัมมนาครั้งที่ 7	ผู้ใช้บริการ รหัส 006
	สัมมนาครั้งที่ 8	ผู้ใช้บริการ รหัส 007
9 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 9	ผู้ใช้บริการ รหัส 008
12 กุมภาพันธ์ 2550	การสัมมนาครั้งที่ 10	ผู้ใช้บริการ รหัส 009
13 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 11	ผู้ใช้บริการ รหัส 010
	สัมมนาครั้งที่ 12	ผู้ใช้บริการ รหัส 011
15 กุมภาพันธ์ 2550	สัมมนาครั้งที่ 13	ผู้ใช้บริการ รหัส 012
13 มีนาคม 2550	สนทนากลุ่มครั้งที่ 1	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 8 คน
19 มีนาคม 2550	รวบรวมข้อมูล	เจ้าหน้าที่ห้องยา ห้องเวชระเบียนทำการรวบรวมข้อมูล
22 มีนาคม 2550	สนทนากลุ่มครั้งที่ 2	ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน
23 มีนาคม 2550	การสนทนากลุ่มครั้งที่ 3	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระบบการคัดกรองสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน
26 มีนาคม 2550	จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติในการคัดกรอง	เจ้าหน้าที่ผู้จัดทำถึงพลเข้าสู่ระบบคัดกรอง
2 เมษายน 2550	การสนทนากลุ่มครั้งที่ 4	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั้งหมด
เมษายน 2550	เริ่มดำเนินการปรับปรุง ในระบบใหม่	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั้งหมด

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
19 เมษายน	บรรยายความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงให้กับกำลังพลที่มีระดับไขมันในเลือดสูง	ดร.บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ กำลังพล จำนวน 437 นาย
30 เมษายน	เริ่มจัดตั้งชมรม จัดแอโรบิก	ชมรมแม่บ้านพช.ทบ.ร่วมกับกองกำลังพล และ กำลังพลรวมครอบครัว ที่อาศัยอยู่ที่บ้านพักของราชการ
มิถุนายน	จัดตารางการคัดกรองโดย จัดเวลาให้ทราบล่วงหน้า แบ่งเป็นหมู่การปฏิบัติงาน ประชุมชี้แจงให้กำลังพล กองการผลิตสิ่งอุปกรณ์รับทราบแนวทางการปฏิบัติตนก่อนตรวจและขั้นตอนการตรวจ	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการคัดกรอง และเสมียนประจำกองของกองการผลิตสิ่งอุปกรณ์
2- 26 กรกฎาคม	เริ่มการคัดกรองสุขภาพประจำปี เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจคัดกรองทำประเมินผลคุณภาพการบริการโดย สทนากลุ่มผู้ใช้บริการ	เจ้าหน้าที่คัดกรองสุขภาพ ผู้ใช้บริการ กองการผลิตสิ่งอุปกรณ์และผู้วิจัย
สิงหาคม	ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูล ทำการติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากการคัดกรองโดยในส่วนนี้มีทั้งรายใหม่และรายเดิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ เข้าสู่ระบบการรักษา ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เป็นรายกลุ่ม ประเมินผล	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผู้ที่ได้รับมอบหมาย
กันยายน	ประเมินผลระบบการดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระบบใหม่	ผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พันโทหญิงจุฑารัตน์ มั่นดี
วัน เดือน ปีเกิด	25 พฤษภาคม 2505
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	โรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์ อนามัย กองทัพบก รุ่นที่ 16 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำงาน	แผนกพยาบาล กองบริการและสนับสนุนทั่วไป
ตำแหน่ง	พยาบาลประจำกรมพลธิการทหารบก